



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

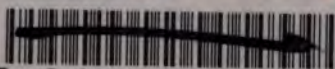
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

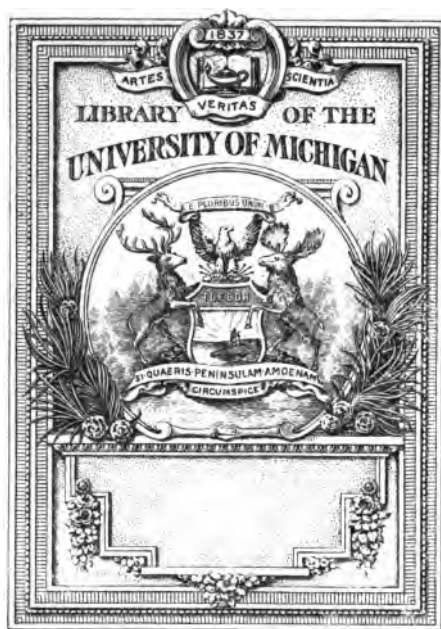
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

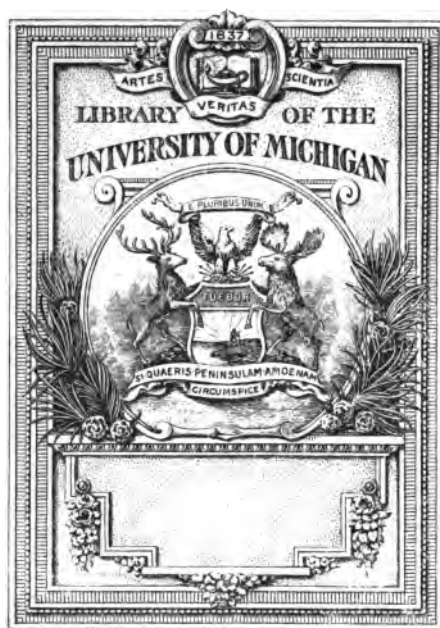
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A 3 9015 00381 017 6
University of Michigan - BUHR



610.5
S678
A53



610.5
S678
A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT.

Pour les Membres de la Société	{	Paris	4 fr.
		Départ.	5 50
Pour les abonnés étrangers à la Société	{	Paris.	5
		Départ.	6 50

N. B. On s'abonne, par *lettres affranchies*, au **BUREAU DU JOURNAL**, rue de la Harpe, 90. Toute lettre que n'accompagne pas le prix de l'abonnement sera considérée comme non avenue.

Les sept dernières années de la collection sont seules complètes; on peut se les procurer au prix de l'abonnement.

La Société ayant décidé, pour satisfaire aux nombreuses réclamations qui lui étaient adressées, que les premières années du Bulletin seraient réimprimées, la première année est en vente, au prix de l'abonnement.

Imp. de MOQUET ET HAUQUELIN, r. de la Harpe, 90.

BULLETINS

DE LA

74352

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS,

RÉDIGÉS

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OUL-
MONT, PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TA-
VIGNOT ET GOSSELIN, secrétaire.

XVI^e ANNÉE.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DE LA HARPE, 90.

1841

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

1911

LISTE DES MEMBRES

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

(Mars 1844.) XVI ANNÉE.

BUREAU.

MM.

Président. — CRUVEILHIER.
Vice-président. — DURAND-FARDEL.
Secrétaire. — GOSSELIN.
Vice-secrétaire. — TARDIEU.
Trésorier. — PIGNÉ.
Archiviste. — LIVOIS.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

BARON, ex-interne des hopitaux.
 BARTHEZ, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BEAU, d. m. p., ex-interne des hopitaux, médecin du bureau central.
 BECQUEREL, d. m. p., interne des hopitaux.
 BELL, ex-interne, bibliothécaire de la faculté.
 BÉCARD, ex-int., profess. de physiologie, chir. de l'hop. St.-Antoine.
 BÉCARD Jeune, ex-int.; chirurgien de l'hopital Necker; prof. agrégé.
 BERGSON, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Moulins).
 BLANDIN, ex-int; chir. de l'Hôtel-Dieu; profess. de méd. opératoire.
 BOINET d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BRIÈRE de Boismont, d. m. p. ancien secrétaire de la Société.
 CAZEAUX, d. m. p., ex-int.; ex-chef de clinique de la faculté.
 CHÉLUS, professeur de chirurgie à l'université de Heidelberg.
 CRUVEILHIER, ex-int.; président perpétuel; prof. d'anat. pathologique.
 DEMONVILLIERS, ex-int; prof. agrégé à la faculté, chir. du Bur. cent.
 DIDAY, d. m. p., chirurg. de l'hospice de l'antiquaille (à Lyon).
 FABRE, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Tonneins).
 FORGET, professeur de clinique médicale à la faculté de Strasbourg.
 GÉOFFROY Saint-Hilaire, membre de l'institut; profess. au muséum.
 GIBALDès, d. m. p., ex-int.; ex-prosecteur des hopitaux, ex-secrét.
 GRISSOLLE, ex-int. des hopitaux; médecin du bureau central.
 GUÉNEAU DE MUSSY, ex-int. des hop.; chef de clinique de la faculté.

GUÉNARD, médecin de l'hop. St. Antoine; prof. agrégé à la faculté.
 HARDY, d. m. p. ex-int., méd. du Bureau central.
 HYRTL, professeur d'anatomie à Prague.
 HUGUIER, ex-int.; chirurgien du bureau central; prof. agrégé.
 JOBERT, ex-int.; chirurgien de l'hopital St.-Louis; professeur agrégé.
 LACOMBE, ex-interne des hopitaux.
 LACROIX, ex-interne; prosecteur à la faculté.
 LABREY (Hippolyte), professeur au Val-de-Grâce, agrégé à la faculté.
 LANEVIEU, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LENOIR, profess. agrégé; chirurg. de l'hop. de Lourcine.
 MAISONNEUVE, d. m. p., ex-int.; ex-prosecteur des hop. chir. du Bur. cent.
 MANEC, d. m. p., chirurgien de la Salpêtrière.
 MAUROCORDATO, professeur d'anatomie à Athènes.
 MAROTTE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MAZET, ex-interne des hopitaux.
 MERCIER, d. m. p., ex-int. des hopitaux; ex-secrétaire de la société.
 MICHON, ex-int.; professeur agrégé; chirurg. de l'hopital Cochin.
 MONOD, ex-int.; chirurg. de la maison royale de santé, prof. agrégé.
 MONTAULT, d. m. p., ex-interne; ex-chef de clinique de la faculté.
 NIWET, d. m. p., ex-int. des hopitaux (à Clermont).
 FIGEAUX, d. m. p.
 PRESTAT, d. m. p. ex-int. (à Pontoise).
 PINAULT, d. m. p., ex-int.; chirurgien en chef de l'hop. de Rennes.
 RIGAUD, professeur agrégé à la faculté, chirurg. du bureau central.
 ROBERT, ex-int.; profess. agrégé, chirurgien de l'hop. de Beaujon.
 ROGER (Henri), ex-interne des hopitaux, médecin du Bureau central.
 ROYER-COLLARD (Hippolyte), ex-int.; profess. à la faculté.
 SESTIÉ, d. m. p., ex-int.; agrégé de la faculté.
 SONNIÉ-MORET, d. m. p., ex-interne (à Auxerre).
 THIERRY, d. m. p., ex-aide d'anatomie de la faculté.
 VALLEIX, ex-interne; médecin du bureau central.
 VIELA, ex-int. des hopitaux, chef de clinique de la faculté.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

BARTH, ex-int. des hop. agrégé de la faculté, méd. du Bureau central.
 BEHIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOUDET, interne des hopitaux.
 CAZALIS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CHASSAIGNAC, d. m. p., prof. agrégé à la faculté; chir. du Bur. cent.
 DESPRÉS, ex-interne des hopitaux, prosecteur de la faculté.
 DURAND-FARDEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GOSSELIN, ex-interne des hopitaux, aide d'anatomie.
 GAUBRIC, interne des hopitaux.
 LAURENCE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LEGENDRE, interne des hopitaux.
 LIVON, interne des hopitaux.
 PIGNÉ, ex-int. des hopitaux.
 TARDIEU (Ambroise), interne des hopitaux.

MEMBRÉS ADJOINTS.

MM.

ALTHAM, interne des hopitaux.
 BAILLAGET, d. m. p., méd. expectant à la Salpêtrière.
 BEROUD, élève des hopitaux.
 BOUCHER, interne des hopitaux.
 BOUCHUT, interne des hopitaux.
 BOURDON, interne des hopitaux.
 COMIN, élève des hopitaux.
 CONTOUR, interne des hopitaux.
 COSTILHES, interne de Saint-Lazare.
 DEBROU, ex-int. des hopitaux, aide d'anatomie de la faculté.
 DENEAUX, interne des hopitaux, aide d'anatomie de la faculté.
 DEPAUL, d. m. p., ex int. des hopitaux, chef de clinique de la faculté.
 DUMESNIL, interne des hopitaux.
 DURAND, interne des hopitaux.
 ESTÉVENET, ex-int , prosecteur des hopitaux.
 FAURAYTIER, élève des hopitaux.
 FAUVEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 FIAUX, interne des hopitaux.
 FORGET (Amédée), d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 FORGET (Eugène), d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 FOURNET, d. m. p., ex-int. des hopitaux, chef de clinique de la faculté.
 GALLERAND, élève des hopitaux.
 GONTIER, interne des hopitaux.
 GRENIER, interne des hopitaux.
 GRUBY, d. m.
 HÉLOT, interne des hopitaux.
 ISSARTIER, élève des hopitaux.
 JAMAIN, interne des hopitaux.
 LABORIE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LAMBROU, interne des hopitaux.
 LONGET, d. m. p.
 MAILLIOT, élève des hopitaux.
 MARCHESSEAU, ex-interne des hopitaux.
 MARJOLIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MAUNOURY, interne des hopitaux.
 MOISSENET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 MOLLOY, élève des hopitaux.
 MASCAREL, interne des hopitaux.
 OULMONT, interne des hopitaux.
 OSSIPOWSKI, médecin de l'hôpital civil de Moscou.
 PANISE, interne des hopitaux.
 PATOUILLET, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 PICARD (Eugène), élève des hopitaux.
 PIEDAGNEL, ex-int.; médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
 POUJNET, ex-int. des hopitaux.
 PRESSAT, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 RENDU, ex-int.; aide d'anatomie à la faculté.
 ROGÉE, interne des hopitaux.
 ROULLAND, interne des hopitaux.

ROUSSEL, interne des hopitaux.
 SAUSSIER, interne des hopitaux.
 TAVIGNOT, interne des hopitaux.
 THIVET, d. m. p.
 TROPE, interne des hopitaux.
 TROCHON, d. m. p.
 VANVIER, élève des hopitaux.
 VILLEBON, d. m. p., à Rueil.
 VOILLEMIER, interne des hopitaux.

MEMBRES CORRESPONDANTS.

MM.

AUBANEL, ex-interne des hopitaux.
 BALME-DUGARRAY, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 BARDINET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BELMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BARRIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BEAUGRAND, ex-interne des hopitaux.
 BRISTÉGUI (Mathias), d. m. p.
 BELMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BÉNIQUÉ, d. m. p.
 BERNARD, d. m. p. à Rennes.
 BERTRAND, d. m. p., ex-interne des hopitaux (Paris).
 BERTON, d. m. p., à Paris.
 BINTOT, d. m. p., à Paris.
 BONNET, ex int. des hop., chirurgien en-chef de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.
 BOUCHACOURT, d. m. p.
 BORDET,
 BOSC, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
 BOTTU, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BOUCHET, d. m. p.
 BOUDANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à GANNAT).
 BOUDRIE, d. m. p. ex- interne des hopitaux.
 BOUGGOUNON, d. m. p.
 BOYER, d. m. p., ex-int., ex-chef de clinique de la faculté.
 BRAIVE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 BRUN, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
 BURGUIÈRES, ex-interne des hopitaux.
 CAFFE, d. m. p. ex-interne des hopitaux.
 CALLE, d. m. p.
 CAMUS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CARON DU VILLARDS, d. m. p., à Paris.
 CARTIER, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 CAZAUVERILH, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 CHAMBERT,
 CHARCELAY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Tours.
 CHAVIGNÉZ, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 CHOISY, d. m. p., ex-int. des hopitaux, à Chantelle (Allier).
 COLLARD de Martigny, substitut du procureur du roi, à Epinal.
 COLOMBAT (de l'Isère), d. m. p., à Paris.
 COMBETTE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.

DECOUX, d. m. p., élève des hopitaux, à Périgueux.
 DELLER,
 DELMAS, chirurgien de l'armée d'Afrique, à Alger.
 DÉSIR, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DONNÉ, d. m. p.
 DUGHART, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DUCROS, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 DÉFÉRENT-MURET, ex-élève des hopitaux (à Limoges).
 DUMOUTIER, ex-aide d'anatomie de la faculté de Paris.
 DUPRÉ, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Bourg (Ain).
 DUPRÉ-LATOURE, d. m. p.
 EAGER, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Manchester.
 FINCK, chirurgien de l'armée badoise, à Carlsruhe.
 FLANDIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 FLEURY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Clermont.
 GACHET, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Issoudan.
 GAILLARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
 GAUSSAILLE, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Verdun.
 GABRIEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Paris).
 GÉLY, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.
 GENDRON, d. m. p., ex-interne, à Chinon.
 GIRARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.
 GIRAUD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 GLUGE, d. m. p.
 GODEFROY, d. m. p., ex-interne des hopitaux (Mayenne).
 GRATIOLET, interne des hopitaux.
 GUÉNARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux (Colonies).
 GUÉRÉTIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 GUERHARD, d. m. à Philadelphie.
 GRESLOIS, chirurgien-sous-aide-major.
 GRAND, d. m. (Philadelphie).
 GUYOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Rennes.
 HACHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Etampes.
 HÉLIE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 HERPIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Tours.
 HÉRVY, d. m. p. à Troyes.
 HEULHARD, d. m. p., à Clamecy (Nièvre).
 HOUZELOT, d. m. p., à Meaux.
 HUSSON, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 IMLIN, ex-chef de clinique à l'école d'Alfort.
 JACQUEMIER, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 JONES, en Angleterre.
 JOHNSTON.
 KEANE, d. m. à Londres.
 KRAUSS, (en Allemagne).
 LACOMBE, (Daniel), d. m. p., aux Essarts (Vendée).
 LAFONT, d. m. p., ex-interne des hopitaux à Toulouse.
 LAFARGUE, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Bordeaux).
 LANGENBECK, d. m. Göttingue.
 LAPPE, d. m. p., à Montigny-le-Roi (Haute-Marne).
 LANDOUZY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Rhéims.
 LASSEBIE, interne des hopitaux.

LARGET-PIET, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LAWRENT, d. m. p., docteur ès-sciences, chir. en-chef de la marine.
 LEBERT, d. m. p. ex-interne des hopitaux (à Nogent le Rotrou.)
 LEDIBRADER, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Lorient).
 LEJEUNE, d. m. p., chirurgien du dépôt de mendicité, à Lyon.
 LEGUAY, d. m. p.,
 LONGET, d. m. p., à Paris.
 LEBIGHE, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 LEROUX, d. m. p.
 LETENNEUR, d. m. p.; ex-interne, à Challans (Vendée).
 LEURET, d. m. p., médecin de l'hospice de Bicêtre.
 LOGERAI, interne des hopitaux.
 LORRAINE, d. m. p., ex-élève des hopitaux. à Orléans.
 MAIGNE, d. m. p., professeur particulier d'accouchements, à Paris.
 MALAT, d. m. p.
 MALGAIGNE, chirurgien de Bicêtre.
 MANDL, d. m. (à Paris).
 MARCHESSEAU, ex-int. des hopitaux.
 MARTIN Saint-Ange, d. m. p., à Paris.
 MARTIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
 MAVRE, d. m. p., à Paris.
 MAY, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 MONASSOT, d. m. p.
 MOREAU, d. m. p., de Versailles.
 MOREL, interne des hopitaux.
 MOURET, d. m. p., ex-pharmacien des hopitaux.
 NÉLATON, ex-int.; professeur agrégé, chirurg. du bureau central.
 ORILLARD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Poitiers.
 PAILLOUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Hun, Creuse).
 PASQUET, d. m. p.
 PASQUIER, ex-interne des hopitaux.
 PÉGOT, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PÉROCHAUD, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Boulogne.
 PETEL, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
 PEYROT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
 PLAINCHANT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Moulins.
 POISEVILLE, d. m. p., ex-élève de l'école Polytechnique.
 POURCEAU, d. m. p.
 POURRAT, d. m. p., ex-élève des hopitaux (Saint-Étienne, Loire).
 POUYDEBAT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Bordeaux.
 PRUNEAU, d. m. p.
 QUATREVAUX, ex-int. des hopitaux, à Cussy-les-Forges (Yonne).
 QUESNE, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 RENAUD, d. m. p.
 RAIMBERT, d. m. p., ex-élève des hopitaux.
 RAYNAUD, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
 REIGNIER, ex-interne des hopitaux (à Beson Allier).
 RIBES, d. m. p., chirurgien-aide-major aux Invalides (Paris).
 RICORD, d. m. p., chirurgien de l'hôpital des Vénériens, (Paris).
 RILLIET, interne des hopitaux.
 RIPAULT, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Dijon.
 ROBERTY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Marseille.

ROCHOUX, d. m. p., ex-interne des hopitaux (à Orléans).
SARRAU, int. des hopitaux.
SAUCEROTTE, d. m. p., à Lunéville.
SEDILLOT, chirurgien du Val-de-Grâce, prof. agrégé, à Paris.
SELLE-MENDERERT, d. m. p., à Carentan (Manche).
SPITTAL, d. m. président de la Société Anatomique d'Edimbourg.
STANSKY, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Paris.
STROBELIN, d. m. p., à Genève.
TANQUERREL-DES-PLANCHES, d. m. p., à Paris.
TAUPIN, d. m. p., ex-interne des hopitaux.
TESSIER, ex-int., médecin du Bureau central.
THOMAS, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Tours.
TONNELIER, d. m. p., ex interne des hopitaux à Montereau.
VERNOIS, d. m. p., ex-int. des hopitaux.
VIDAL (de Poitiers), d. m. p., ex-interne des hopitaux à Paris.
VINSOT, d. m. p., ex-élève des hopitaux, à Melun.
VIGER de Varennes, d. m. p., ex-interne des hopitaux, à Valogne.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 1. — (Mars 1844.)

RÉDIGÉS

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. Tumeur remarquable de la main. — 2. Concrétion osseuse dans un lipôme. — 3. Reins d'un diabétique. — 4. Néphrite purulente. — 5. Kyste renfermant des poils et des dents. — 6. Corps thyroïde ossifié. — 7. Anomalie de l'artère brachiale. — 8. Perforation du rectum. — 9. Absès ouvert dans le rachis. — 10. Calculs de l'urèthre.

1. M. Demoux présente une altération curieuse de la main : une jeune fille de 25 ans vit se former, il y a six ans, au milieu de la paume de la main, une tumeur du volume d'une noisette, un peu allongée, nullement douloureuse ; au bout de quelques mois, elle faisait une légère saillie à la face dorsale ; elle ne cessa jamais de faire des progrès, et a grossi d'un tiers à peu près depuis un an, restant toujours indolente. Cette tumeur occupe la totalité de la main, est du volume de la tête d'un fœtus à terme ; les doigts semblent implantés sur son extrémité inférieure, à des intervalles assez éloignés ; elle est en masse arrondie, présente de légères bosselures dans tous les sens. A sa surface dorsale les tendons extenseurs re-

XVI^e ANNÉE.

foulés par elle se voient aisément sous la peau très amincie ; l'extenseur du petit doigt seul se trouve caché dans son épaisseur. Les muscles du petit doigt sont encore bien reconnaissables à sa surface. L'aponévrose palmaire est conservée et semble même avoir un peu résisté au développement de la tumeur en avant ; les tendons fléchisseurs sont englobés dans son tissu ; le nerf médian envoie une partie de ses filets dans son épaisseur.

Cette tumeur sciée verticalement offre à l'intérieur un aspect marbré : on reconnaît manifestement dans son épaisseur les os du carpe avec leurs articulations bien conservées ; ceux de la seconde rangée sont un peu hypertrophiés. La section a porté sur un métacarpien qui est également hypertrophié.

La masse de la tumeur est formée d'un tissu dur comme cartilagineux, rougeâtre et blanchâtre par places, d'un tissu plus mou dans certains points et offrant dans d'autres une dureté osseuse.

Pour M. Cruveilhier, cette tumeur n'est pas de nature cancéreuse ; elle est formée d'une matière cartilaginiforme qu'il a proposé d'appeler *ostéochondrophyte*.

2. M. Estévenet montre un lipôme récemment retiré de l'aisselle, et au centre duquel on a trouvé une petite concrétion osseuse.

3. M. Lacombe présente les reins d'un diabétique. Un homme de 30 ans avait ressenti, il y a 4 ans, les premiers symptômes du diabète : soif très vive, appétit extraordinaire, puis maigreur excessive. L'urine était très pâle, sans aucun dépôt, et marquait 6° à l'aréomètre de Baume, ce qui est fort rare. Cet homme fut soumis au traitement de M. Bouchardat, sans en éprouver aucun effet : des pilules d'opium parvinrent à calmer la soif et l'appétit. Peu à peu le malade s'affaiblit ; il se développa des signes de tubercules : une pleurésie survint, et il mourut. Les urines ne marquaient plus à la fin de la vie que 2° 5. Les reins, évidemment hypertrophiés présentent une vascularisation très développée, une rougeur uniforme et très vive. Une grande quantité de sang s'écoule lorsqu'on les coupe ; leur tissu est manifestement plus ferme qu'à l'ordinaire, leur capsule amincie. Les artères rénales sont dilatées. On trouve des tubercules pulmonaires surtout à la base du poumon droit. M. Lacombe rapporte que sur quatre diabétiques dont il a fait l'autopsie, dans le cours de l'année 1840, il a trois fois trouvé une altération semblable à celle qui vient d'être décrite ; une fois seulement il y avait hypertrophie sans aucune rougeur.

4. M. Mascarel fait voir un cas de néphrite purulente : à la surface des deux reins, dont l'un est un peu hypertrophié, dont l'autre

au contraire paraît un peu diminué de volume, on voit un grand nombre de points jaunâtres légèrement saillants, du volume d'un grain de chenevis, et qui, incisés, semblent formés par une petite cavité pleine de pus. La capsule est épaisse et fortement adhérente; on voit un grand nombre de points semblables dans l'épaisseur des reins, surtout dans leur substance tubuleuse, où, plus volumineux, ils avaient formé par la destruction du parenchyme de véritables cavernes communiquant ensemble et avec les calices. Les uretères étaient épais, leur membrane interne hypertrophiée. L'urine était pâle et présentait un dépôt formé de deux parties : l'une superficielle, demi transparente, *mucus vésical*, l'autre blanche, laiteuse, semblant être du pus. Le sujet de cette observation disait avoir eu un diabète, il y a cinq ans. Depuis il était resté souffrant et il est mort avec les symptômes d'une fièvre hectique.

6. M. *Picard* montre les reins d'un homme qui a succombé à une fièvre typhoïde après un mois de maladie : ces organes sont volumineux, bosselés et présentent à l'extérieur des espèces de granulations qui ne sont autre chose que des infiltrations purulentes : les uretères sont dilatés, la prostate est infiltrée de pus.

7. M. *Thivet* met sous les yeux de la Société une poche trouvée adhérente dans la fosse iliaque gauche du cadavre d'une femme d'environ 25 ans, dont les organes génitaux avaient été enlevés ainsi que tous les viscères abdominaux. Ce kyste contenait une pelote de cheveux mêlés d'une bouillie grisâtre et une portion de mâchoire bien ossifiée; on trouva implantées dans cette dernière plusieurs dents bien développées, offrant les unes les caractères de dents passagères, les autres ceux de dents permanentes : quelques-unes semblaient appartenir à des incisives, d'autres à des molaires.

8. M. *Fauraytier* présente une tumeur siégeant sur la fourchette sternale, et formée par le corps thyroïde ossifié. Tout le lobe droit, du volume d'un œuf de pigeon, est formé d'une coque osseuse, recouverte de vaisseaux développés, et qui envoie par sa face interne dans l'intérieur de la tumeur des prolongements durs, éburnés; ces prolongements eux-mêmes interceptent des espaces remplis de matières poisseuses ou d'une matière calcaire ressemblant en quelques points à des grains de sable que l'on sent, en pressant cette matière entre les doigts. La trachée était légèrement déprimée : le corps thyroïde dégénéré paraît avoir été déplacé et entraîné en bas par son propre poids.

9. M. *Rendu* fait voir une anomalie de l'artère brachiale. Une

branche naissant de cette artère à cinq centimètres au-dessus du coude, accompagnait le nerf médian jusqu'à la partie inférieure de l'avant-bras où elle se terminait. A la partie interne du coude, elle fournissait un rameau qui s'anastomosait avec la récurrente cubitale postérieure.

10. M. *Gaubric* montre l'extrémité inférieure du rectum d'une vieille femme de la Salpêtrière, atteinte depuis plusieurs années d'une constipation qui avait fait surtout des progrès dans les derniers temps. Lorsqu'elle vint à l'infirmerie, elle n'avait pas été à la selle depuis trois semaines. On lui donna plusieurs lavements en enfonçant profondément une canule dans le rectum; mais bientôt il survint une diarrhée abondante, et elle succomba. A l'autopsie on trouva des tumeurs hémorroïdales au-dessus de l'anus, et plus haut, des brides semblables à des cicatrices, rétrécissant l'intestin à tel point qu'on avait de la peine à y introduire le doigt indicateur. En outre, on trouva sur la paroi latérale droite du rectum, une large ulcération isolée, conduisant à un foyer de pus placé entre le rectum et le sacrum. Ce dernier os était tout à fait sain; il y avait une péritonite commençante; on a trouvé en outre des tubercules dans les poumons et des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle.

Une discussion s'est engagée sur la question de savoir si cette perforation du rectum avait été le résultat d'une ulcération ou si elle n'aurait pas été causée par l'introduction des canules: la première explication paraît à M. *Gaubric* et à quelques autres membres la plus vraisemblable.

11. M. *Tavignot* rapporte qu'une fille de 9 ans portait un abcès à la partie postérieure et supérieure de la cuisse droite; la région rachidienne examinée avec soin ne présentait rien de particulier. L'abcès fut ouvert; il en sortit un pus tuberculeux, sans fragments osseux; puis il resta stationnaire un certain temps. Tout à coup il survint des mouvements convulsifs, et l'enfant mourut deux ou trois heures après. On trouva les muscles de la cuisse décollés par du pus, puis celui-ci remontant dans l'intérieur du psoas et de l'iliaque jusqu'à la portion lombaire du rachis. Le fibro-cartilage sacro-lombaire et celui qui unit les deux premières pièces du sacrum avaient à peu près complètement disparu, tandis que les os s'étaient conservés presque intacts: le ligament vertébral postérieur était ulcéré entre le sacrum et la dernière vertèbre, et par son ouverture le pus s'épanchait autour de la moelle et de l'origine de plusieurs nerfs.

12. M. *Voillemier* montre l'urètre d'un sujet qui autrefois avait

rendu son urine pendant un certain temps à travers une blessure du périnée. Depuis quatre ans il n'urinait plus qu'après avoir introduit une sonde dans le canal ; on avait cru reconnaître un rétrécissement à l'aide d'une bougie ; mais en introduisant une sonde d'argent, on la sentait frotter contre des calculs, et lorsqu'elle était arrivée dans la vessie, s'enfoncer en quelque sorte dans une masse solide et pierreuse. À l'autopsie on trouva à quelques millimètres de l'entrée du canal un calcul du volume d'un petit pois, légèrement adhérent, et, plus profondément, le long des parois du canal, quelques productions de phosphate calcaire.

Les reins et les uretères étaient pénétrés de pus, et ne présentaient pas de calculs. Les parois de la vessie étaient épaissies, couvertes de fongosités : dans son bas fond se trouvait un magma composé de mucus, de pus, de débris de phosphate calcaire et de plus, un petit calcul.

Observation d'un développement simultané d'une hydropisie enkystée de l'ovaire et d'une monomanie avec hallucination, recueillie par M. ROUSSEL, interne des hôpitaux.

Le 3 avril 1840, est entrée à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Mitivié, une femme âgée de 63 ans, veuve depuis 1835, mère de sept enfants, dont plusieurs vivent encore ; elle offre tous les caractères d'un tempérament nerveux et l'empreinte déjà profonde d'une débilitation générale.

État mental. Interrogée sur son nom, son âge, sa famille, les événements de sa vie passée, la malade répond avec précision, justesse, suite. Elle raconte qu'elle a toujours habité la campagne, qu'elle a été menstruée à 16 ans, et n'a cessé de l'être qu'à 56, et que durant cette période de 40 années la menstruation s'est opérée assez régulièrement et sans secousses ; elle s'est mariée à 23 ans ; son premier enfant est venu au monde un an après, et elle a allaité,

en même temps que celui-ci, la duchesse D... Elle a eu plusieurs maladies sur lesquelles elle s'explique d'une manière confuse et dont elle rapporte le siège principal à *l'estomac*; elle a eu aussi, à diverses reprises, des *coliques dans le bas ventre*; mais il est impossible de faire remonter le diagnostic jusqu'à ces affections lointaines et qui n'ont laissé à la malade que des souvenirs à demi effacés.

Elle a été, dit-elle, toujours heureuse en ménage; elle a vécu en fort bonne intelligence avec son mari, dont la mort lui a causé de vifs chagrins et dont elle ne serait pas encore consolée sans *son bien aimé* : le *St.-Esprit*.

Elle raconte en effet que quelque temps après, le *St.-Esprit* est venu à elle, et la trouvant libre par le veuvage, lui a fait contracter avec lui un nouvel hymen, et depuis ce jour il ne l'a plus quittée; il l'inspire et vit en elle; il est la source de ses joies et de ses peines, et travaille sans cesse avec elle à la rédemption de cinq générations passées et de cinq générations à venir, etc.

Si de cet objet, sur lequel la malade est d'une intarissable fécondité de narrations, l'interrogation est reportée sur toutes les autres circonstances de ses rapports présents ou passés avec le monde extérieur, les réponses redevennent précises, et sensées, et il est aisé de s'apercevoir que son délire ne porte que sur ses rapports avec le *St. Esprit* et sur les événements écoulés depuis son nouveau mariage. Les renseignements obtenus sur le compte de la malade semblent aussi confirmer l'intégrité de ses facultés mentales antérieurement à la mort de son premier époux.

Etat des organes. — Amaigrissement assez considérable, pouls petit et faible, battements du cœur normaux, digestion régulière, peu d'appétit, peu de sommeil, peau sèche et de laquelle se détachent des plaques épidermiques comme pulvérulentes.

L'abdomen présente un développement anormal très considérable, et qui est dû manifestement à une accumulation de liquide. Les membres inférieurs présentent aussi des traces d'infiltrations.

15 mai. — Depuis un mois et demi, malgré l'emploi de divers moyens dirigés contre une ascite supposée, l'hydropisie a fait de nouveaux progrès; la malade a été obligée de s'aliter, la ponction est pratiquée par M. Manec, et donne issue à 3 pintes environ d'une sérosité jaunâtre et limpide. Cependant la tuméfaction ne cesse pas complètement, et il reste toujours vers les régions hypogastrique et iliaque gauche une tumeur volumineuse, fluctuante, qu'on peut bien circonscrire à travers les parois abdominales devenues flasques et relâchées. M. Rayer, présent à l'opération, diagnostique une *hydropisie enkystée de l'ovaire*.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la malade éprouve de la douleur dans les régions hypogastrique et iliaque droite. Peu à peu, l'affaissement de l'abdomen vers ces régions, fait place à une tuméfaction nouvelle, en sorte que peu à peu l'abdomen acquiert le volume qu'il avait avant l'opération, avec cette différence qu'il est plus facile de circonscrire à travers les parois abdominales une vaste tumeur arrondie et beaucoup plus saillante à droite qu'à gauche, de sorte que l'ombilic est loin de correspondre au point le plus élevé de cette tumeur.

Les forces de la malade sont plus abattues que lors de son entrée à l'hôpital; elle éprouve un mouvement fébrile léger, mais presque continu; sa langue est blanche et ses digestions dérangées; anorexie et un peu de dévoiement; malgré le refoulement en haut du diaphragme par les progrès de la tumeur, la respiration ne paraît pas gênée. Presque plus de sommeil; la malade ferme souvent les yeux, mais si l'on s'approche d'elle,

ou si on l'interroge, elle les ouvre, et répond qu'elle est en ce moment en prière pour les cinq générations passées et les cinq à venir, ou qu'elle est en conversation avec son bien aimé St.-Esprit.

15 août: Depuis environ un mois la tumeur n'a fait aucun progrès, et cependant les forces de la malade décroissent de plus en plus; elle est plongée dans une continuelle somnolence qui semble remplie par des extases, des conversations avec des êtres surnaturels. Il est difficile de lui arracher et d'obtenir des réponses sur d'autres objets que sur celui de son désir. Pour ce dernier seulement elle recouvre quelques restes d'ardeur et prend un ton solennel; elle annonce que le St.-Esprit ne quitte plus son ventre, et que bientôt elle accouchera de petits anges qu'elle sent remuer en elle et dont elle est enceinte par l'opération de son doux St.-Esprit.

Le poulx est misérable, les digestions ne se font plus; lorsque la malade prend quelque aliment, elle le rend bientôt sous forme d'une matière pultacée grisâtre et à travers laquelle on peut reconnaître des parcelles non digérées de l'aliment pris quelque temps auparavant; plus de sommeil; on entend du râle sibilant et du râle muqueux dans les poumons. Mort le 21 août, après une agonie longue et paisible.

Autopsie le 23 août. — Les membres inférieurs présentent une infiltration qui était devenue très considérable dans les derniers temps de la vie, et avait envahi les parois abdominales. La partie susdiaphragmatique du corps présente un amaigrissement extrême.

Le crâne est assez bien développé et ne présente aucune saillie que la phrénologie puisse rattacher au développement considérable des sentiments religieux.

L'arachnoïde, le tissu cellulaire sous-arachnoidien, offrent une quantité peu considérable de sérosité limpide, citrine, qui remplit aussi les ventricules latéraux; la

consistance du cerveau et du cervelet, examinée avec la plus grande attention, soit dans la substance grise, soit dans la substance blanche, ne présente pas la moindre altération. Il n'existe pas même le plus léger piqueté rouge.

Les cavités des plèvres et du péricarde contiennent une quantité notable de sérosité. Poumons petits, présentant de l'engouement hypostatique en arrière.

Le cœur petit, mou, pâle; valvules sigmoïdes de l'aorte épaissies, indurées, mais suffisantes. Le côté gauche de la valvule mitrale offre une induration et des ossifications qui la déforment d'une manière notable; et cependant aucun bruit de souffle n'a été entendu pendant la vie, soit au premier, soit au deuxième temps des battements du cœur.

En enlevant les parois abdominales, on aperçoit une énorme tumeur qui remplit presque entièrement la cavité de l'abdomen et la partie supérieure du bassin, de manière à refouler en arrière et en bas, et à dérober à la vue tous les viscères de ces cavités, à l'exception du colon transverse qui adhère médiatement à la partie supérieure de la tumeur, à l'aide du grand épiploon, et de la partie supérieure du colon lombaire droit qui proémine dans l'étendue de quelques pouces et se cache ensuite en dehors et en arrière de la tumeur.

Celle-ci présente les rapports suivants: en avant, immédiatement, dans presque toute son étendue, avec les parois abdominales; les rapports les plus intimes existent à droite, dans l'étendue de plusieurs pouces, autour du point où la ponction a été pratiquée, là, en effet le feuillet viscéral du péritoine qui recouvre la tumeur a contracté avec le feuillet pariétal des adhérences qu'il faut détruire avec le manche du scalpel pour découvrir celle-ci. En arrière, la tumeur repose sur le paquet des intestins grêles et sur le mésentère qui la sépare de la colonne vertébrale.

En haut, ces rapports sont avec la face inférieure du foie, qu'elle refoule dans la profondeur de l'hypocondre droit; au milieu avec le mésocolon transverse et le bord antérieur de l'estomac qu'elle soulève.

En bas, elle repose sur l'utérus, la vessie, qu'elle refoule dans le petit bassin, sur les bords du détroit supérieur et un peu sur les fosses iliaques, principalement à droite. C'est en examinant les dispositions de la tumeur de ce côté qu'on reconnaît qu'elle est formée aux dépens de l'ovaire gauche; en suivant, en effet, le ligament large du côté gauche, on voit qu'il vient se perdre sur les parois de la tumeur et qu'il a subi une traction considérable vers le côté droit, de manière à entraîner l'utérus de ce côté. Cette disposition du ligament large et le transport de la tumeur à droite, dépendent sans doute du décubitus habituel de la malade sur ce côté.

L'ovaire droit est refoulé dans le petit bassin avec la trompe; du même côté, il est atrophié, blanchâtre et comme cartilagineux.

Les viscères abdominaux et pelviens se présentent dans l'état suivant:

Le tube digestif est sain, seulement son calibre a subi des modifications inverses en plusieurs points; l'estomac est volumineux, distendu par un liquide pultacé, blanchâtre, d'odeur aigre. Le reste du tube digestif, surtout l'intestin grêle et l'S iliaque, comprimés par le poids de la tumeur, paraissent diminués de volume; la partie droite du colon transverse et la partie supérieure du colon lombaire gauche qui pouvaient se développer en avant et en haut de la tumeur présentent des dimensions relativement plus considérables que les autres parties.

Le foie est petit, d'une consistance molle, très friable et d'une couleur jaune ocre. La vésicule biliaire contient un liquide pâle, d'une teinte safranée, un peu filant, d'une consistance inférieure à celle de la bile ordi-

naire. La vésicule et les parties adjacentes sont pâles et ne présentent pas cette teinte verdâtre ou fortement safranée que produit l'exsudation de la bile après la mort.

La rate est petite, pâle et ridée ; les reins, petits et anémiques.

La cavité abdominale contient environ une pinte et demie de sérosité citrine.

La vessie est fortement revenue sur elle-même, mais saine.

La matrice est petite, son tissu pâle et sain, seulement on aperçoit sur la paroi inférieure, en avant, et sur la surface interne du col, 12 à 15 petites tumeurs transparentes contenant de la sérosité, dont quelques-unes ont le volume d'un petit pois, et les autres celui d'une tête d'épingle.

Si nous passons maintenant à l'examen de la tumeur, nous lui trouverons les caractères suivants : Sa forme n'est pas exactement sphérique ; elle est constituée par deux segments de sphéroïde ; l'un, plus considérable, situé à droite et en haut, et offrant plus des deux tiers d'une sphère ; l'autre, d'un plus petit diamètre, présente un cinquième de sphère environ, situé en bas et à gauche et accolé au premier, à peu près de la même manière que la cornée transparente au globe oculaire : une rainure cellulaire très peu profonde sépare ces deux segments.

La surface de la tumeur est blanche, lisse et sèche, dans presque toute son étendue ; à droite seulement elle offre un aspect mat et des inégalités, traces de son adhérence aux parois abdominales. Une vascularisation assez bien développée se montre en certains endroits ; les vaisseaux les plus volumineux ont pour point de départ le lieu où le ligament large gauche se perd sur la tumeur.

Ce ligament, en effet, supporte la tumeur, comme une sorte de pédicule et se dédouble pour s'étaler en partie à sa surface. Le ligament rond est resté en avant et libre ; la trompe est accolée à la face inférieure du kyste contre lequel le péritoine la maintient et sur lequel elle fait un relief bien distinct ; le pavillon de la trompe paraît libre et se détache de la tumeur sous forme d'une petite masse charnue ; plus en arrière et à droite se voit le ligament de l'ovaire, qui, après un court trajet, se perd dans les parois du kyste sans qu'il reste à l'extérieur la moindre trace de l'ovaire lui-même.

Le péritoine paraît recouvrir le kyste dans toute son étendue, mais ne peut être bien démontré que dans les parties inférieures.

Il est très difficile de retrouver la trace de la ponction pratiquée par M. Manec.

La tumeur est ouverte à la Société anatomique, dans la séance du 26 août. L'incision est pratiquée d'abord sur la partie droite du kyste, et donne issue à une quantité fort considérable de liquide, d'une couleur jaune pâle, d'aspect purulent, bien que d'une consistance inférieure à celle du pus ordinaire. Ce liquide tient en suspension une masse du volume du poing environ, de même couleur que lui, formée par un amas de fausses membranes, mal organisées ou en voie de désorganisation, de consistance pultacée, et qui, pressées entre les doigts, s'écrasent et se réduisent en un détritüs diffus. Ce liquide, évacué en totalité, s'élève à la quantité de deux pintes et demie environ.

A côté du kyste dont nous venons de décrire le contenu existe un second kyste dont les limites, du côté du premier, correspondent extérieurement à la rainure circulaire, dont nous avons fait mention plus haut. Cette seconde tumeur incisée présente une pinte environ de sérosité légèrement trouble, d'une couleur safranée et beaucoup

plus foncée que celle du premier liquide; ne contient aucun corps en suspension.

Les parois du premier kyste offrent une épaisseur considérable, et qui s'élèvent en plusieurs points, principalement à gauche, au voisinage de la seconde tumeur, à 4 à 5 lignes. Cette épaisseur dépend surtout du dépôt de couches pseudo-membraneuses qui doublent la membrane externe du kyste, qui est fibreuse et présente en divers points les caractères du tissu fibro-cartilagineux. Ces fausses membranes offrent une teinte rougeâtre dans la plus grande partie de leur étendue, mais avec des nuances diverses. Ainsi vers la partie supérieure et gauche, ces fausses membranes sont manifestement vascularisées; vers la partie inférieure et droite elles sont violacées, livides sans vaisseaux bien évidents, cà et là déchirées, et dans le fond de ces déchirures existent de petits lambeaux cartilagineux, et quelquefois même de petites écailles osseuses; d'autres lambeaux plus considérables, d'une couleur d'ocre jaune, se détachent avec une grande facilité de la surface interne du kyste sur laquelle ils formaient de larges taches; leur face libre est lisse et polie; leur face adhérente est plus pâle, inégale et recouverte d'une couche semblable, pour la couleur et la consistance, à la masse pseudo-membraneuse voisine.

En un mot, toute la cavité que nous venons de décrire, et qui est celle dont la ponction avait évacué le contenu, il y a environ quatre mois, offre des traces évidentes de l'inflammation à divers degrés.

Les caractères du deuxième kyste sont entièrement différents; ses parois minces atteignent tout au plus, au voisinage de la première tumeur, l'épaisseur d'une ligne à une ligne et demie; leur surface interne est blanche, lisse et polie, parsemée cependant de dépôts pseudo-membraneux, d'un blanc jaunâtre, d'une demi ligne d'épaisseur, très adhérents, sans vaisseaux. Vers la partie inférieure,

du côté de la cloison de séparation des deux tumeurs, la membrane interne semble s'être déchirée pour donner naissance à d'arrière-cavités, dont la plus volumineuse pourrait contenir un œuf de pigeon, et qui sont traversées par des filaments pseudo-membraneux : du fond de ces arrières-cavités, et de divers points de la cavité elle-même s'élèvent de petits kystes transparents, hydatiformes, du volume d'un pois à celui d'une noisette. Le groupe le plus remarquable de ces kystes s'élève à la partie inférieure de la tumeur du point où le ligament de l'ovaire vient se perdre dans les parois de cette dernière.

Il ne restait plus qu'à déterminer le mode de connexion des deux kystes. L'examen de ce point d'anatomie pathologique a été fait le 3 septembre, la pièce ayant été soumise pendant huit jours à la macération.

En suivant attentivement la direction des fibres de la couche externe, on voit qu'elle n'offre rien de bien régulier, la plupart semblent partir de la partie inférieure et s'irradier sur toute la tumeur. La disposition fibreuse est moins manifeste à la partie supérieure où le tissu semble être devenu fibro-cartilagineux.

Les parois de la tumeur sont formées par une double enveloppe qu'il est facile de séparer, même au niveau de la rainure intermédiaire aux deux kystes. En opérant cette séparation, l'on arrive, en certains points, à des espèces de culs-de-sac, où la séparation devient plus difficile, ce qui provient du changement de direction des fibres ; et si l'on incise alors, l'on tombe dans de nouveaux kystes qui n'avaient pas été aperçus, et dont quelques-uns cependant sont assez volumineux pour contenir un œuf de poule. J'ai trouvé trois kystes de cette dimension et deux plus petits ; tous contenaient des fausses membranes, et un liquide comme mucilagineux ; aucun n'avait été aperçu ; et il est une disposition qui rendait cette inadvertance facile

pour les deux les plus volumineux ; ceux-ci , en effet , avaient deux de leurs parois formées par le dédoublement de la cloison de séparation des deux grands kystes, et ne faisaient saillie au dehors que par un de leurs côtés, au niveau duquel la rainure circulaire extérieure était effacée.

Ces deux kystes sont également très voisins du point où le ligament de l'ovaire se perd dans la tumeur ; mais il est impossible de déterminer la manière dont la connexion est établie ; les fibres du ligament se perdent et se confondent d'une manière inextricable avec les fibres des membranes de la tumeur."

D'après ces dispositions anatomiques, n'est-il pas permis de penser que la tumeur était formée par l'ovaire tout entier , et non par une seule vésicule de Graaf, comme on l'a prétendu pour quelques hydropisies enkystées de l'ovaire. Les kystes d'inégale grandeur, les petits kystes hydatiformes, proéminant dans la grande poche inférieure et droite, et principalement au niveau de l'insertion du ligament de l'ovaire, ne peuvent-ils pas être considérés comme autant de vésicules de Graaf inégalement développées ?

Il faut remarquer que c'est au niveau de cette insertion que la tumeur affecte, de la manière la plus tranchée, la disposition multiloculaire.

Si maintenant nous jetons un dernier coup d'œil sur les principaux phénomènes observés dans le cours de cette double maladie, qui présente, d'une part, des désordres intellectuels et une lésion organique viscérale apparaissant, se développant ensemble , nous serons d'abord frappés de cette coïncidence exacte et soutenue.

Si nous remarquons de plus que la monomanie de la malade, ses préoccupations religieuses, ses hallucinations, se sont toujours rapportées aux phénomènes qui se passaient dans les régions pelvienne et abdominale, nous trouverons entre les deux maladies une connexion plus étroite, et

nous serons tentés de présenter le fait en question comme un de ces exemples nombreux, mais dont on n'a pas encore assez tenu compte, d'aliénations mentales et principalement de monomanies, d'hallucinations, se développant, marchant sous l'étroite dépendance des lésions morbides, étrangères aux centres nerveux. Je néglige à dessein de m'élever jusqu'à la théorie à laquelle ces cas multipliés pourraient servir d'appui, sachant que je dois présenter ici, non des vues scientifiques, mais des matériaux pour la science.

Je me borne donc à émettre la proposition suivante :

Dans certains cas d'aliénation mentale, principalement dans des cas de monomanie, les désordres intellectuels existent indépendamment de toute lésion organique de l'encéphale ; leur présence est due à une lésion viscérale dont ils ne sont qu'un phénomène sympathique ; le mode spécial de leur manifestation dépend de l'organisation cérébrale individuelle, de la prédominance congénitale ou acquise de certains sentiments, de certaines idées, prédominance souvent antérieure à l'apparition de la lésion viscérale, mais n'ayant acquis le degré de la monomanie que sous l'influence de cette dernière lésion. Les doctrines phrénologiques ne rendent pas compte de ces prédominances fonctionnelles, et sont démenties par l'examen crânioscopique et microscopique.

Il est possible de constater la simultanéité de développement de la lésion viscérale, de désordres intellectuels, et l'exakte et étroite corrélation qu'ils conservent dans leur marche, qu'elle aboutisse à la mort ou à la guérison.

C'est contre la lésion viscérale que doit être dirigée la thérapeutique.

*Rétréciement considérable du bassin. — Grossesse. —
Opération césarienne. — Péritonite. — Tétanos. — Mort
le quatorzième jour de l'opération.*

Observation recueillie par M. OULMONT; interne des hôpitaux.

La femme Guerrier, âgée de 25 ans, née de parents sains, paraît assez bien constituée; elle nous dit, en effet, avoir constamment joui d'une bonne santé. Seule rachitique dans sa famille, elle se rappelle que, dès sa plus tendre enfance, elle était d'une taille inférieure à celle des enfants de son âge; ses membres étaient volumineux vers les articulations, et elle entendait attribuer cet arrêt de développement dans sa taille à ce qu'elle était *nouée*. Du reste, elle ne sait aucune cause à laquelle elle pourrait le rapporter; elle n'a fait aucune chute, elle ne se rappelle pas avoir eu des douleurs dans les membres. Sa santé fut bonne jusqu'à l'âge de quinze ans, où elle devint pubère facilement; depuis cette époque l'écoulement menstruel eut lieu périodiquement et avec régularité. A cet âge également elle avait acquis une taille qu'elle n'a plus dépassée. Dans la prévision des dangers qu'une grossesse pourrait lui faire courir, elle se refusa constamment aux plaisirs de l'amour, bien que les solliciteurs fussent nombreux. A la fin cependant, soit amour, soit faiblesse, elle céda à un jeune homme de taille ordinaire qui la poursuivait depuis longtemps. La première approche, qui eut lieu il y a moins d'un an, fut extrêmement douloureuse, et le coït ne fut répété qu'un petit nombre de fois. Ses règles vinrent régulièrement aux mois de mai et de juin 1839; mais elles manquèrent au mois de juillet. Des vomissements ne tardèrent pas à la convaincre de son état de grossesse. Les vomissements cessèrent vers le troisième mois de cet état, et depuis cette époque, son ventre prit du développement; mais, sauf quelques douleurs lombaires, sa santé ne fut aucunement trou-

blée. A la fin de décembre elle se fit admettre à la maternité ; quelques jours après, M. Dubois la fit admettre à la clinique. A son entrée à l'hôpital, le 12 janvier 1840, voici ce qu'a permis de noter un examen attentif. Ce qui frappe à la première vue, c'est une disproportion très marquée entre les membres et le tronc ; celui-ci, sauf deux légères déviations de la colonne vertébrale, offre à peu près la longueur et le volume du tronc d'un sujet bien conformé : mesuré du grand trochanter à l'acromion, sa longueur est de 0,43 c. Les membres au contraire supérieurs et inférieurs sont petits, grêles, peu musclés, comme contournés en certains points et manifestement épaissis vers les articulations. De l'acromion à l'extrémité de l'apophyse styloïde du radius, on mesure 0,30 c. ; du grand trochanter au talon il y a 0,43 c.

Le col est de longueur normale sans aucune déviation. La tête est volumineuse. Les parties latérales et postérieures sont très développées ; la partie antérieure l'est beaucoup moins ; le front est étroit, un peu fuyant. La taille du sujet, mesurée du talon au vertex, est de 1 m. 0,09 c.

Examiné à l'extérieur, le bassin paraît participer à l'altération qu'a subie chez cette femme le système osseux : d'une longueur en apparence normale dans le sens du diamètre transversal, il paraît manifestement aplati dans le sens antéro-postérieur. Le pelvimètre donne, d'un trochanter à l'autre, 9 p. 3/4, et du tubercule de la première vertèbre du sacrum au mont de Vénus, 5 p. Les présomptions suggérées par cet examen sont bientôt confirmées par le toucher. En effet, le doigt introduit dans le vagin est, après un trajet de quelques centimètres arrêté par une saillie notable que sa forme arrondie, lisse, fait prendre un instant pour la tête d'un fœtus, mais qu'on ne tarde pas à reconnaître pour l'angle sacro-vertébral. Mesurée sur le doigt index, la distance sacro-pubienne doit être, suivant M. Dubois, de 18 à 20 lignes.

Le col de l'utérus est dirigé à gauche, d'une longueur de 2 centimètres environ, conique; l'orifice est extrêmement ferme. Le segment inférieur est peu saillant derrière le pubis. On peut, quoique difficilement, sentir une tumeur mobile qui paraît être la tête. Le corps de la matrice est légèrement incliné à droite; le fond va jusqu'à l'épigastre. La mère sent assez bien les mouvements de son enfant. L'auscultation dénote l'existence de battements redoublés assez forts en bas et à gauche. Il ne m'a pas été possible d'entendre le souffle utérin.

La santé de la malade est bonne. Elle a de l'appétit, mange et digère bien : constipation depuis deux jours. État normal de la peau et de la circulation. L'intelligence est nette, paraît assez développée; elle souffre de temps en temps des douleurs de reins.

Le 16, les douleurs lombaires dont elle se plaint ont augmenté d'intensité; il s'y joint quelques coliques. Le toucher fait voir que le travail n'est pas commencé. Depuis ce jour les douleurs du derrière de l'hypogastre persistent; elle put plus difficilement se tenir debout. On lui conseilla le décubitus aussi prolongé que possible, et contre les douleurs on administra des lavements avec 12 ou 15 gouttes de laudanum.

Le 21, les douleurs acquièrent une intensité encore plus grande; vers le soir de ce jour il s'écoule un peu d'eau. Cette perte d'eau se renouvelle plus abondante dans la nuit du 21 au 22.

Le 22, au matin, les douleurs persistaient encore; mais offrant cette fois un caractère plus intermittent qu'elles ne l'avaient eu jusque-là. Au toucher on reconnaît le début du travail : le col est effacé; sa dilatation équivaut en largeur à une pièce de 50 c. La tête est toujours très élevée, et ne s'atteint qu'avec beaucoup de peine. Ce commencement du travail fit décider pour le jour même l'opération

césarienne que, dès le premier examen de la malade, on avait résolu de pratiquer.

A sept heures du soir les douleurs reviennent plus rapprochées, plus caractéristiques. La dilatation du col équivaut à celle d'une pièce de 2 fr.; on arrive plus facilement à la tête du fœtus. La femme est apportée à l'amphithéâtre: elle est couchée sur le dos et maintenue en cette position par des aides; un autre aide saisit à pleine main la matrice de chaque côté, appliquant aussi exactement que possible contre cet organe la paroi abdominale. Cela disposé, M. Dubois pratique sur la ligne blanche et dans sa direction une incision longitudinale de la longueur de 4 à 5 p. Après avoir incisé les parties sous-jacentes à la peau; on arrive au péritoine; une petite ponction préalable sert à introduire le bistouri boutonné qui, avec l'aide du doigt, achève l'incision de cette membrane. La cavité abdominale étant ouverte, apparaît une tumeur lisse, bleuâtre, obliquement dirigée à droite, c'est la matrice. Cet organe est incisé à son tour avec lenteur et précaution; le sang qui s'écoule des sinus utérins est abstergé, et l'on arrive ainsi dans la cavité utérine; la sonde canelée est introduite entre le fœtus et la paroi utérine, pour achever l'incision avec moins de danger. La plaie de la matrice a une direction légèrement oblique; elle est un peu moins étendue que la plaie des parois abdominales. On reconnaît immédiatement le dos du fœtus dirigé à gauche; celui-ci est en première position. M. Dubois, après avoir dégagé les pieds, extrait l'enfant qui ne tarde pas à témoigner de sa vie par des cris répétés. L'arrière-faix est extrait immédiatement après. Après cette opération qui, dans sa totalité, a duré de 5 à 8 minutes, et qui n'a déterminé que l'écoulement d'une petite quantité de sang, un peu de repos est accordé à la malade. Quand on veut procéder à la réunion de la plaie, on s'aperçoit que la matrice ne s'est pas contractée, et immédiatement après une abondante hémorragie a lieu par l'ouverture pratiquée

à l'abdomen. L'aide qui maintenait la paroi abdominale contre l'utérus ne s'était pas retiré, et l'on put prendre toutes précautions, pour qu'il ne s'épanchât pas de sang dans le péritoine. La malade eut une courte lipothymie. On excita la matrice à se contracter : sous cette influence l'hémorragie cessa. On procéda alors au pansement. Trois aiguilles très longues furent placées à distances à peu près égales l'une de l'autre et des angles supérieurs et inférieurs de la plaie. Autour de ces aiguilles furent enroulés des fils, plus serrés pour les aiguilles supérieures, moins pour les aiguilles inférieures. Un linge troué enduit de cérat, de charpie, et un bandage de corps complétèrent le pansement.

A peine la malade a-t-elle été reportée dans son lit qu'elle tombe dans une syncope profonde. Cette fois la perte de connaissance accompagnée de pâleur générale, de froid des extrémités, de presque disparition du pouls, fit craindre une mort prochaine; mais, après quelques minutes, pendant lesquelles on s'appliqua à stimuler et à réchauffer la malade, elle reprit connaissance; le pouls reparut dans les radiales. A cette syncope succéda une profonde prostration, qui dura toute la nuit; la syncope ne se reproduisit plus. A une heure du matin la malade urina spontanément. A cette même heure la chaleur de la peau avait reparu, et le pouls s'était un peu relevé, mais il est encore très faible (88).

Le 23, à la visite du matin, la face est altérée, d'une pâleur livide; les traits amaigris, tirés. Céphalalgie frontale peu vive; la langue est blanche, la bouche humide, pas de nausée ni de vomissements; le ventre est indolent, même à la pression, excepté aux environs de la plaie qui sont sensibles. Il n'y a pas eu de selle.

L'angle inférieur de la plaie donne issue à un peu de sang. Il sort également du sang par les parties génitales

Chaleur médiocre de la peau ; pouls très peu élevé , très fréquent (98).

Huile de ricin, 15 grammes; eau de gomme. A 7 heures du soir, l'huile de ricin n'a pas produit d'effet ; l'abdomen est plus ballonné que le matin ; il y a un peu de météorisme. Vers la fosse iliaque droite, la malade accuse de la douleur vive, surtout à la pression. Le pouls est fébril, plus élevé que le matin (108).

20 sangsues, loc. dol, lavements avec huile de ricin, 15 grammes.

Le 24, la nuit a été assez calme : sommeil de 2 heures. Il n'y a eu que peu de soulagement à la suite de l'application des sangsues. La douleur de la fosse iliaque persiste encore, mais plus obtuse. Le ventre est assez élevé, météorisé. Point d'appétit ni de nausées. La face est moins pâle, moins altérée. Peau chaude, pouls fébrile (108). Il y a eu, pendant la nuit, plusieurs selles. Écoulement de lochies par le vagin et l'angle inférieur de la plaie.

Bain prolongé. Lavement laudanisé; cataplasme.

Vers le soir, légers frissons qui durent quelques minutes seulement.

Le 25, sommeil jusqu'à 4 heures du matin. Elle est réveillée alors par de vives douleurs abdominales, de fréquentes nausées et des vomissements. Ces vomissements reviennent encore le matin à plusieurs reprises ; les matières vomies sont verdâtres ; c'est un liquide mêlé de mucosités et de bile. Le ventre est très météorisé, douloureux, mais d'une manière obtuse dans tout le ventre, particulièrement dans la fosse iliaque droite. La distension du ventre tireille assez fortement le point lié par les sutures et leurs intervalles. Pas de selles aujourd'hui. La plaie est chaude, le pouls élevé, fréquent (108).

La plaie est en assez bon état ; l'angle supérieur semble se cicatriser par première intention ; la suppuration commence à paraître. L'angle inférieur donne toujours,

concurrerement avec le vagin, issue à du liquide sanguinolent.

15 sangsues à la fosse iliaque; bain prolongé; sirop de groseille avec bouillon coupé; cataplasme sur le ventre; solution de groseille glacée. A la suite du bain, cessation de vomissements, état de calme.

Le 26, le calme, qui a succédé au bain, persiste ce matin; mais il n'y a pas d'amendement dans les autres symptômes, sauf les vomissements qui n'ont pas reparu. Douleurs encore dans la fosse iliaque droite. Pas de selle.

État fébrile de la peau et du pouls, comme hier.

15 sangsues; bain; lavements avec 30 gr. d'huile de ricin; quelques cuillerées de vin de Bordeaux coupé; cataplasme; même état.

La douleur a beaucoup diminué après le bain et les sangsues; le soir, la malade est calme. Le vin de Bordeaux a causé des aigreurs. On en cesse l'emploi.

Le 27, ce matin la face est moins altérée; il y a moins de ballonnement du ventre. Quelques légères coliques, qui ont disparu après plusieurs selles fétides. Le pouls conserve la même fréquence (120).

Deux bains dans la journée. Le cataplasme qui lui pèse sur le ventre est remplacé par des fomentations. Injections vaginales.

Le 28, pendant la nuit, il y eut un grand nombre de selles fétides, à la suite desquelles le volume du ventre diminua encore. Ce matin l'opérée est calme et n'accuse aucune douleur. Le pouls est toujours fébrile (125). Légères sueurs vers le soir. M. Dubois enlève les aiguilles de la plaie et les remplace par des bandelettes de diachylon. La plaie offre un bon aspect: il y a, dans toute l'étendue, des bourgeons charnus de bonne nature, fournissant de bonne suppuration. Les lochies coulent par le vagin en petite quantité. Après le pansement, qui a fatigué la malade, elle eut une courte syncope.

Solution de groseille et de gomme glacée. Onct avec 30 gr. d'ong. mercuriel ; 2 lavements laudanisés ; injections vaginales.

A partir du 29, l'état de calme où nous avons vu la malade persiste ; le ventre s'affaisse, devient souple, indolent, excepté pourtant vers la fosse iliaque droite, où persiste toujours un empatement obtusément douloureux. Les selles deviennent plus faciles ; l'appétit renaît le 31 : la malade mange 3 semoules, une pomme cuite ; le poulx conserve toujours de la fréquence (108) ; la peau est peu chaude. La plaie marche également vers la cicatrisation dans les trois quarts supérieurs. Après une suppuration de bonne nature est venue la cicatrisation ; mais l'angle inférieur qui, depuis le 31, donne issue aux lochies qui ont cessé de s'écouler par le vagin, ne se cicatrise pas, mais s'organise en forme de trou, derrière lequel on aperçoit distinctement un autre trou gris rosé formé par la matrice. Les matières qui s'écoulent par cette plaie sont âcres, fétides, rongent et érodent les parties voisines.

Le 1^{er} février, survient de l'infiltration aux grandes lèvres, que l'on combat par des cataplasmes émollients.

Le 4, l'état de la malade est satisfaisant. Contrairement à son usage des jours passés, elle ne demande pas à manger ; elle a peu d'appétit. La nuit a été moins bonne que d'habitude ; il y a eu des rêvasseries, des réveils en sursaut. En la transportant d'un lit à un autre elle eut une syncope.

Le 5, à la visite du matin, même état que la veille. Il y a eu pendant la nuit du malaise, des rêveries encore.

Dans la journée, elle s'aperçut d'une raideur insolite dans l'articulation de la mâchoire inférieure. Cette raideur augmente rapidement, et à six heures le trismus est prononcé, les masséters violemment contractés, au point qu'il est presque impossible d'ouvrir la bouche. Douleurs continues dans les muscles contractés. Nulle appétence de boisson ; intelligence nette ; peau assez chaude ; poulx (110).

10 sangsues aux apoph. mastoïdes, bain prolongé, lavements laudanisés (30 gout.)

Le 6, peu de sommeil la nuit. Trismus prononcé. Dans ses tentatives pour ouvrir la bouche, la malade offre cette physionomie caractéristique des tétaniques. Contraction des muscles cervicaux postérieurs; tête fortement portée en arrière; raideur et dureté des sterno-mastoïdiens. Sorte d'hydrophobie: si on lui donne à boire, le liquide qu'elle veut avaler est violemment rejeté, comme par une contraction convulsive du pharynx. Même état du ventre et du pouls; légère oppression. La contraction tétanique est bornée aux points mentionnés.

16 sangsues; bain de 4 heures; lavements avec 40 g. de laudanum.

Le 7, pendant la nuit, narcotisme, remplacé le matin par une vive agitation; à la visite, subdélire; on parvint pourtant à avoir des réponses nettes, en fixant l'attention de la malade. Le tétanos reste borné aux mêmes points qu'hier. Le pouls conserve les mêmes caractères qu'il avait avant l'apparition du tétanos.

Les lochies s'écoulent toujours par la plaie abdominale.

Le soir, délire plus prononcé; on fixe difficilement l'attention de la malade; agitation.

Demi lavement, avec extr. aq. de bellad; vésic. à la nuque, avec 2 gr. de morphine; bain prolongé.

Le 8, pendant la nuit, somnolence. Vers le matin, contraction isolée du sterno-mastoïdien gauche; la tête est fortement inclinée de ce côté. Le délire persiste ainsi que l'agitation; elle n'entend pas les questions qu'on lui adresse. Dyspnée, accès de suffocation. Les membres sont libres, ainsi que le tronc.

Douches de vapeur répétées deux fois.

Dans la journée l'intelligence revient un peu. Vers le soir l'anxiété augmente; elle devient extrême. Le malaise

est insupportable. La respiration s'embarrasse de plus en plus, et la malade meurt à 9 heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort.

Aspect extérieur. Embonpoint médiocre du sujet. La raideur cadavérique a disparu ; on éprouve pourtant une certaine difficulté à ouvrir la bouche. La peau du ventre est ridée, noirâtre, marquée de nombreuses vergetures. La plaie est cicatrisée depuis l'ombilic, dans l'étendue de 36 millimètres ; le reste est transformé en un véritable trou qui, par le fait des adhérences, est devenu le point de communication de l'utérus avec l'extérieur.

Abdomen. En ouvrant la cavité abdominale par une longue incision latérale, on trouve que c'est au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, du côté droit, que la paroi abdominale devient adhérente aux viscères sous-jacents. Du côté gauche cela n'arrive qu'au niveau de l'éminence iléo-pectinée, et il est facile de détruire ces adhérences jusqu'au niveau de l'angle inférieur de la plaie sans rencontrer de pus, tandis qu'à droite, en cherchant à séparer la paroi abdominale des parties sous-jacentes on arrive immédiatement au foyer purulent. Sur la ligne médiane l'adhérence commence au niveau de l'ombilic. Il en résulte qu'une ligne courbe, commençant à droite, à l'épine iliaque antéro-supérieure, passant par l'ombilic et finissant à l'éminence iléo-pectinée gauche, circonscrit assez exactement les organes que l'inflammation a réunis en une seule masse. Cette masse est constituée par la paroi abdominale, la matrice et les intestins. Les intestins sont irrégulièrement unis entre eux, et sur les parties latérales et le fond de la matrice, et les adhérences qui les unissent sont si intimes qu'on ne peut les en détacher et qu'il faut les inciser à tâtons pour arriver à la partie postérieure de la matrice. Ces adhérences sont formées par des pseudo-membranes peu épaisses denses et très serrées. Nulle part sur le péritoine viscéral ou

pariétal ne s'aperçoit d'injection inflammatoire; mais différents foyers purulents sont disséminés dans l'épaisseur de ces pseudo-membranes. Ces foyers purulents, dont nous avons pu compter 10 à 12, offrent la plupart un petit volume, depuis celui d'un pois à celui d'une aveline, deux ou trois ont le volume d'une noix. Presque tous, comme nous l'avons dit, sont situés dans l'épaisseur des pseudo-membranes qui unissent les intestins entre eux, dans ces espaces triangulaires qu'interceptent les courbures intestinales; quelques-uns siègent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'un de ceux-ci, du volume d'une grosse noix, se trouve dans le ligament large gauche. Assez régulièrement arrondis pour la plupart, un seul, celui que nous avons ouvert à droite par l'incision des parois abdominales, est irrégulier, anfractueux; en outre il est placé entre la paroi abdominale, la paroi latérale de la matrice et quelques anses d'intestins grêles logés en ce point; au niveau de cet abcès le péritoine est intact, et pourtant, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal correspondant, existe une large plaque de pus irrégulièrement circonscrite.

Nulle trace d'injection ou de pseudomembrane sur le foie, la rate et en aucun autre point du péritoine. Le *paquet intestinal* est peu météorisé. A l'intérieur de l'estomac on découvre vers le grand cul-de-sac une légère rougeur pointillée. Nulle altération notable dans la muqueuse intestinale. Il existe quelques matières fécales vers l'extrémité de l'intestin grêle et dans le cœcum. Le *gros intestin* est à l'état naturel.

Rate. Peu volumineuse, à l'état normal; foie, sain.

Organes génitaux. Nous avons déjà parlé de l'adhérence de la matrice avec la paroi abdominale, par ses faces latérales et par son fond, à la masse intestinale; la face postérieure est libre. Dégagé de toutes ces adhérences, cet organe nous apparaît de forme ovoïde, aplati dans le sens antéro-postérieur et offrant encore à peu près le volume qu'il

affecte au cinquième mois de la grossesse. Après avoir extrait les organes génitaux et incisé la matrice par sa face postérieure, on note les particularités suivantes : la paroi interne est resée, granuleuse, enduite de mucosités. Vers la trompe du côté gauche, les granulations sont plus apparentes, comme bourgeonnantes, c'était l'insertion du placenta. La plaie de l'utérus que l'on aperçoit distinctement offre la direction oblique qu'avait l'utérus pendant la grossesse. Cette plaie n'offre plus qu'une étendue de (2 p.). En aucun point les lèvres de cette plaie ne se sont réunies; à l'angle supérieur, dans l'étendue de (6 l.), il y a comme une apparence de cicatrisation; cette apparence est due à l'adhésion qu'a contractée la plaie utérine en ce point avec la plaie abdominale. Celle-ci s'étant réunie a rapproché les lèvres de la plaie de l'utérus dans l'étendue que j'ai dite; mais il a été facile de se convaincre que, dans cette cicatrisation, l'utérus n'y était par lui-même pour rien. Dans le reste de la plaie il n'y a plus d'apparence de cicatrisation, mais les lèvres sont arrondies; lisses, mousses, évidemment revêtues d'une muqueuse de nouvelle formation. Dans l'étendue d'un pouce, cette dernière portion de la plaie répond à l'ouverture abdominale qui ne s'est pas cicatrisée, et en ce point, les lèvres sont plus épaisses, la muqueuse qui les recouvre paraît plus organisée que vers l'angle inférieur. Celui-ci, dans une étendue de (6 à 8 l.), répond directement au fond de la vessie qui n'en est séparée que par l'épaisseur de sa paroi. Il existait deux petits foyers purulents dans l'épaisseur du ligament rond.

En examinant la trompe du côté gauche nous la trouvâmes remplie de pus dans les deux tiers externes. Cette trompe, ainsi distendue est flexueuse et offre assez bien l'aspect d'un vaisseau; quant aux lymphatiques et aux veines, ils ne présentaient rien de particulier. Le col de la matrice est fermé, l'orifice interne n'est pas distinct, l'orifice externe est celui d'une femme qui n'a pas fait d'enfants : il est un

peu rouge, on y trouve un petit amas des mucosités. Le vagin est assez long à l'état normal. Les parties génitales externes paraissent saines ; l'orifice vulvaire est étroit, rétréci encore par 4 à 5 caroncules myrtiformes, très saillantes. La fourchette est intacte.

Thorax. Adhérences anciennes des plèvres pulmonaire et costale du côté gauche. Engouements séreux et sanguinolents très marqué des lobes inférieurs de deux côtés. *Cœur* sain, rien de particulier aux orifices.

Encéphale. Le cerveau entouré de ses membranes est médiocrement volumineux. La dure-mère est fortement adhérente à l'enveloppe osseuse en plusieurs points. Une quantité assez notable de sérosité est infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoidien, assez également répartie dans tous les points ; elle est pourtant plus abondante vers la partie postérieure du cerveau.

La substance cérébrale est de consistance normale : à l'incision elle laisse suinter une quantité considérable de gouttelettes sanguines ; ces gouttelettes, enlevées avec le manche du scalpel, permettent de distinguer nettement l'orifice vasculaire dont elles sortent. Deux cuillerées environ de sérosité limpide dans le ventricule latéral.

La moelle, examinée avec beaucoup de soin, paraît saine dans toute son étendue.

Diamètres du bassin.

Détroit supérieur.

Diamètre sacro-pubien, 19 à 20 lignes. Diamètre bisiliaque, 4 p. 7 l. Diamètre oblique, 3 p. 9 l.

Détroit inférieur.

Diamètre pubio-coccygien, 3 p. 6 l. Diamètre bisischiatique, 3 p. 2 l. Diamètre oblique, 2 p. 10 l.

Note anatomo-pathologique sur un cas de laryngite syphilitique, par M. BARTH.

Les papilles situées à la partie postérieure de la face dorsale de la langue sont très volumineuses.

Le larynx est notablement déformé.

L'épiglotte est réduite au quart de son volume normal (comparée avec le larynx d'un autre sujet mâle du même âge), et ne forme plus qu'une saillie aiguë peu prononcée, ayant le double de son épaisseur antéro-postérieure normale et de forme d'un cône aplati à sommet mousse.

La muqueuse qui la recouvre est détruite presque en totalité, de sorte que cet appendice offre une surface rougeâtre, inégale, formée par le tissu sous-muqueux épaissi.

Immédiatement au-dessous et à droite est une végétation rougeâtre, irrégulière, du volume d'un grain de café, née sur le repli muqueux qui forme la paroi supérieure du ventricule de ce côté, lequel ventricule est presque entièrement effacé.

Le même repli, du côté opposé, offre en un point un épaississement très considérable, de manière à former en ce point une petite tumeur ayant la forme de la moitié d'un gros pois.

Le ventricule de ce côté (gauche) offre une cavité assez profonde; mais la corde vocale supérieure n'existe plus par suite de l'ulcération du rebord de ce pli.

La corde vocale inférieure gauche est encore visible, mais seulement sous forme de vestige, la muqueuse qui recouvre le ligament étant amincie, ulcérée.

Des deux cordes vocales droites il ne reste plus aucune trace, et la place où elles existaient n'offre plus qu'une surface inégale traversée par des linéaments blanchâtres, résultat évident de l'ulcération de ces parties actuellement cicatrisées. Il n'existe plus là de traces de la même muqueuse, à la place de laquelle on ne trouve plus que du

tissu cell. sous-muqueux induré qui forme cette surface.

Tout le pourtour de la surface interne du larynx, depuis les cordes vocales inférieures jusqu'au bord trachéal du cartilage cricoïde, offre la même disposition, c'est-à-dire une surface inégale, traversée par des linéamens blanchâtres formés par le tissu sous-muqueux ulcéré et cicatrisé.

Derrière les parties molles qui revêtent intérieurement la partie postérieure et un peu droite du cartilage cricoïde, entre la face interne de ce cartilage et les parties molles qui le recouvrent intérieurement, est un petit foyer purulent grisâtre qui pourrait contenir une petite amande dépouillée de sa coque. Dans cette cavité se trouve même une portion du cartilage cricoïde ramolli, en partie détachée, et tenant encore par un pédicule au reste du cartilage.

La surface inégale, ulcérée, cicatrisée, cesse à gauche au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde ; sur le côté droit elle se prolonge à huit lignes plus bas, et des deux côtés elle devient de moins en moins marquée pour être remplacée insensiblement par un aspect plus normal, en même temps que la membrane muqueuse devient insensiblement plus distincte et reprend ses caractères habituels. Dans toute la hauteur de la trachée, la surface interne est d'un rouge vif, et la membrane muqueuse est adhérente et d'autant plus faible, plus cassante, qu'on l'examine plus près du larynx.

L'ouverture du larynx est notablement rétrécie, en partie par la végétation et la petite tumeur décrites plus haut, et en partie aussi par un rétrécissement du conduit larynx, rétrécissement qui a son maximum au niveau du pourtour du cartilage thyroïde.

Au niveau de la partie moyenne du pourtour de cartilage thyroïde, la circonférence interne, mesurée après l'avoir étalée, (ou son développement interne, est de 10 lignes (au-dessus du rétrécissement, 13 lignes).

A 7 lignes plus haut, au niveau de l'attache postérieure

des cordes vocales inférieures, le développement interne est de 12 lignes (rétréciss., 14).

Au-dessous du point le plus rétréci, le larynx s'élargit de nouveau graduellement et à 5 lignes plus bas (que l'endroit le plus rétréci) le développement est de 16 lignes au-dessous du rétrécissement, 13).

A 5 lignes plus bas encore, au niveau du 4^e anneau de la trachée, le développement du conduit est de 23 lignes (au-dessous du rétrécissement, 19).

A partir de ce point, la trachée va en se rétrécissant insensiblement jusqu'à la bifurcation, mais dans toute cette étendue elle conserve un diamètre considérable, et offre dans le milieu de sa hauteur 21 lignes, et immédiatement au-dessus de la division, 19 lignes; la hauteur de la trachée est de 30 lignes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 2. — (Avril 1841.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Perforation de l'aorte.* — 2. *Insertion du placenta sur le col.* — 3. *Cal récent de l'humérus.* — 4. *Mal de Pott.* — 5. *Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* — 6. *Gangrène des lèvres.* — 7. *Abcès dans un sac herniaire.* — 8. *Hypertrophie du cœur.* — 9. *Hypertrophie du ventricule gauche.* — 10. *Rétrécissement de l'œsophage.* — 11. *Fracture du crâne pendant une version.* — 12. *Tubercule du cervelet.*

1. M. Picard communique un fait curieux de perforation de l'aorte, recueilli chez une femme qui est morte d'une pneumonie. On voit d'abord une anomalie d'origine des branches de l'aorte. Les artères carotide et sous-clavière droites naissent isolément; la carotide primitive gauche se détache de la crosse aortique à droite de la trachée, passant ensuite au-devant de ce conduit pour arriver à sa place naturelle: de plus le corps des sixième et septième vertèbres dorsales présente une érosion profonde, qu'une lame osseuse, mince et transparente, sépare de la cavité rachidienne. A ce niveau l'aorte présente une perte de substance de ses parois dans l'étendue

d'une pièce de deux francs, à bords nets et comme cicatrisés, et semblant faite par un emporte-pièce. La poche sanguine qui unissait cette perforation aux vertèbres érodées semblait s'être faite aux dépens du tissu cellulaire du médiastin postérieur. L'œsophage lui était accolé, ainsi que la bronche gauche légèrement comprimée et aplatie.

M. Mercier regarde ce fait comme excessivement rare, en ce sens qu'il y a eu ulcération des parois de l'aorte sans dilatation anévrysmale préalable.

M. Cruveilhier pense qu'il a bien pu exister dans le principe une petite dilatation partielle du vaisseau, dont on ne retrouve plus de trace aujourd'hui.

M. Guérard émet le même doute; si la perforation s'est faite directement comme on est porté à le penser, on comprend difficilement comment aurait pu s'effectuer l'érosion du corps des vertèbres.

M. Mercier croit que le travail d'ulcération peut s'être accompagné dans ce cas de la condensation et du développement du tissu cellulaire ~~extérieur~~; d'ailleurs faut-il toujours attribuer au frottement la destruction des os dans le voisinage des tumeurs anévrysmales? Est-il bien certain qu'une autre cause dans certains cas ne préside pas à ce phénomène?

2. M. Depaul présente le placenta d'une femme qui, enceinte pour la troisième fois, vit à sept mois et demi apparut un suintement sanguinolent par la vulve; ce suintement dura un mois et fut alors remplacé par une hémorrhagie très grave qui ne s'arrêta qu'incomplètement; huit jours après elle accoucha assez facilement. M. Paul Dubois avait pensé qu'il s'agissait d'une insertion du placenta sur le col, et le toucher l'avait confirmé dans cette idée; le siège de la déchirure des membranes montra qu'en effet le placenta ne devait pas être distant du col. Cet organe était visiblement hypertrophié, un peu déchiré vers un de ses bords. Il n'y avait pas de sang infiltré dans son épaisseur; sa surface fœtale était couverte d'une couche générale, de couleur jaunâtre, d'inégale épaisseur, formée de fibrine décolorée et qui avait décollé dans toute leur étendue les membranes qui tapissent cette face du placenta. M. Depaul pense que le sang venait de la face utérine du placenta, et que s'étant frayé un passage jusqu'à sa face fœtale, il s'était ainsi épanché sous les membranes. Ce fait du décollement des membranes sans rupture et de la stase du sang au-dessous d'elles pendant un certain temps serait fort curieux.

Du reste cette femme avait eu déjà deux couches avant terme; M. Depaul se demande si elle n'offrirait pas un nouvel exemple de la prédisposition de certaines femmes à l'insertion du placenta sur le col.

3. M. *Gaubric* montre un cas récent de l'humérus : une aliénée entra dans le mois de décembre à la Salpêtrière, ne présentant aucun signe qui pût faire soupçonner une fracture du bras. Elle fut amenée le 7 janvier 1841 dans le service de M. Manec avec une fracture de l'humérus dont on ne put connaître ni la cause ni l'époque précise ; seulement on sentit une crépitation évidente. Le canal médullaire présente un épanchement sanguin dans toute son étendue : les fragments dont le supérieur est en même temps très antérieur sont entourés de matière osseuse, paraissant formée aux dépens et du périoste et des muscles environnants dans l'épaisseur desquels on sent des lamelles osseuses. Une partie du cal est assez dense et compacte ; l'autre est molle et permet une certaine mobilité.

4. M. *Tavignot* communique le fait suivant : Un enfant paraplégique depuis cinq ans portait une gibbosité au niveau de la dernière vertèbre dorsale ; il succomba à une diarrhée colliquative, suite de l'ouverture d'un abcès par congestion à la cuisse ; on a trouvé que la douzième vertèbre dorsale était seule malade ; sa partie antérieure étant détruite, elle s'était affaissée dans ce sens et formait en arrière une saillie au niveau de laquelle le canal rachidien était évidemment rétréci. La moelle se trouvait comprimée dans ce point par une petite collection purulente qui soulevait le ligament vertébral postérieur. Il faut noter que dans ce cas il n'y avait nulle apparence de tubercules, mais simple carie, ce qui prouve qu'on ne doit pas regarder le mal de Pott comme le résultat nécessaire d'une affection tuberculeuse des vertèbres.

5. M. *Chassaignac* présente un cœur sur lequel on voit une dilatation considérable de l'oreillette droite et du ventricule correspondant, avec insuffisance de la valvule tricuspide. Du côté gauche, l'orifice auriculo-ventriculaire est tellement rétréci que le doigt indicateur peut à peine s'y engager. Ce rétrécissement a été probablement la cause de la dilatation observée dans les cavités droites ; du reste, M. Chassaignac n'ayant point observé le malade pendant la vie, ne peut donner aucun renseignement sur les symptômes et les signes stéthoscopiques.

6. M. *Costilhes* fait voir une gangrène de la commissure gauche des lèvres recueillie à Saint-Lazare sur une femme de 35 ans, qui ayant

eu des chancres plusieurs mois auparavant, vit paraître tout à la fois un abcès tuberculeux à l'anus, auquel succéda un ulcère d'apparence syphilitique, puis sur le dos de la main un abcès qui s'ulcéra de la même manière, et fut bientôt suivi d'un érysipèle phlegmoneux du membre supérieur et enfin une gangrène de la commissure et de la moitié gauche des lèvres. La mort a succédé à ces accidents que M. Costilhes et les personnes qui ont vu la malade, pensent être de nature syphilitique.

7. M. *Mannoury* présente la région inguinale droite d'une femme chez laquelle plusieurs personnes avaient cru, d'après l'existence d'une tumeur et d'après les symptômes observés à une hernie étranglée. M. Roux reconnut au contraire l'existence d'un abcès qu'il ouvrit. Néanmoins la mort est survenue, et il n'a pas été possible d'en déterminer la cause par l'autopsie. L'abcès s'était formé dans un ancien sac herniaire du canal inguinal oblitéré, ne communiquant pas avec le péritoine, et qui probablement avait autrefois contenu l'ovaire et la trompe utérine ; car ces deux parties adhéraient solidement à la partie postérieure du kyste, et avaient amené une inclinaison de l'utérus à droite. La malade a raconté qu'elle avait eu autrefois une hernie qui depuis plusieurs mois n'était pas sortie.

8. M. *Bourdon* montre une hypertrophie considérable du cœur : toutes les cavités sont agrandies, la paroi du ventricule gauche a deux centimètres d'épaisseur, celle du ventricule droit en a plus d'un. Il y avait insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, mais point de la droite, de plus rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire et insuffisance de ses valvules sigmoïdes. Le cœur a 20 centimètres de hauteur, 16 de largeur. Cette pièce a été recueillie sur un homme de 34 ans, qui était chanteur et adonné aux liqueurs alcooliques ; il avait eu plusieurs fois des rhumatismes articulaires ; l'on a constaté pendant la vie des battements très étendus à la région précordiale, une matité considérable, de la dyspnée, point de voussure ni de frémissement cataire. Les bruits du cœur étaient tumultueux, irréguliers ; il y avait un léger bruit de souffle au premier temps qui se prolongeait et empiétait un peu sur le second. Le pouls était irrégulier, plein et vibrant. Il n'y avait point de pouls veineux. Le malade était infiltré, et on avait été obligé de lui pratiquer l'opération de l'empyème deux jours avant sa mort.

9. M. *Boucher* présente une hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec rétrécissement de l'orifice aortique, et insuffisance des valvules sigmoïdes de cet orifice. L'auscultation a fait reconnaître un

bruit de souffle au premier temps. Les poumons de ce malade qui était charbonnier, offrent une coloration noire très prononcée.

10. *M. Boudet* présente un rétrécissement de l'œsophage, recueilli sur un homme de 50 ans qui avait pris, il y a quatre mois et demi, 25 centilitres d'une solution de potasse (eau seconde). On crut d'abord à un empoisonnement par un acide, et on administra inutilement de la magnésie. Peu à peu il était survenu de la gêne dans la déglutition : le malade est mort d'inanition ; on a trouvé dans l'œsophage d'abord une dilatation dans laquelle était contenu du lait caillé (le malade avait bu du lait peu de temps avant sa mort) ; au-dessous un rétrécissement considérable, puis une autre petite dilatation et un second rétrécissement : point d'altérations dans le reste du canal digestif ; le sang était poisseux, non coagulé.

11. *M. Depaul* apporte la tête d'un fœtus chez lequel est survenu une fracture du crâne pendant une version. Il y avait présentation de l'épaule, les manœuvres furent rendues difficiles par un rétrécissement considérable du diamètre antéro-postérieur du bassin, il fallut que deux accoucheurs tirassent en même temps chacun sur un des pieds de l'enfant pour amener celui-ci au-dehors. La tête fortement comprimée en passant dans l'excavation pelvienne, offre sur le pariétal gauche une dépression au fond de laquelle se voit une fracture linéaire de cet os.

12. *M. Contour* fait voir un tubercule à l'état de crudité situé dans l'hémisphère gauche du cervelet d'un enfant de trois ans qui a présenté, deux jours avant sa mort, des mouvements convulsifs dans les deux membres du côté droit, et de plus des érections pendant les accès. *M. Contour* a parfaitement observé que la compression exercée sur les carotides arrêtait au bout de 22 secondes les convulsions ; mais il fallait comprimer les deux artères en même temps ; les mouvements convulsifs reparaissaient peu de temps après la compression cessée.

Scarlatine, miliaire, convalescence incomplète, angine, colite et pleuro-pneumonie droite, mort. Duplicité de l'utérus et du vagin, par M. BARTH.

Pauline Lejeune, âgée de seize ans, cordonnière, d'une constitution faible, maigre et habituellement pâle, fut reçue à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Chomel, le 29 juin 1838.

La menstruation n'était pas encore régulièrement établie; cependant cette jeune fille était habituellement bien portante, et la maladie qui l'amenait à l'hôpital datait de huit jours environ lors de son admission.

Elle avait débuté, sans cause connue, par des frissons avec malaise général, céphalalgie, courbature, soif et perte de l'appétit. Plusieurs vomissements survinrent les jours suivants. Le 27, les phénomènes fébriles s'aggravèrent encore, et la malade, obligée de s'aliter, fut prise de douleurs à la gorge et vit apparaître des rougeurs sur la peau. Pour toute médication elle prit de l'eau d'orge et quelques pédiluves, et le 29 elle fut conduite en voiture à l'hôpital.

A son entrée, la figure est injectée, exprimant un grand malaise. La peau du corps est d'un rouge vif, intense, parsemée çà et là de petits groupes de miliaire, surtout aux parties latérales du cou.

Les mains sont un peu gonflées, douloureuses; il y a de la douleur au fond de la gorge; la déglutition est difficile, la parole gênée. Le pharynx est d'un rouge intense, les amygdales sont tuméfiées, la langue est rouge en avant, blanche en arrière. L'appétit est nul, la soif prononcée, les selles régulières. Le pouls donne 144 pulsations par minute et la chaleur est élevée.

Le 30, la malade se trouve un peu mieux; la rougeur de la surface cutanée est moins intense; mais le corps est

convert d'une quantité innombrable de petits miliaires accompagnés de démangeaison à la peau. La douleur de gorge persiste, la chaleur est encore élevée, mais le pouls est descendu à 112 battements par minute.

On prescrit : solut. de sirop de gomme, 3 pots ; collutoire de guimauve ; sinapismes aux membres inférieurs ; diète.

Le 1^{er} juillet, amélioration plus marquée ; la rougeur des téguments a beaucoup diminué, et les miliaires commencent à se dessécher sur le cou. La douleur de gorge est moindre, le pharynx est moins rouge, les amygdales un peu moins tuméfiées ; la chaleur a diminué et le pouls est à 96.

Même médication.

Le 2, la rougeur a complètement disparu ; les saillies miliaires font place à une desquamation commençante, plus marquée au cou et à la face, avec prurit de la peau. La chaleur est modérée, le pouls reste à 96.

Même traitement ; deux bouillons coupés.

Les jours suivants, la desquamation furfuracée s'opère successivement sur les diverses parties du corps. L'état général est assez bon, mais il reste toujours un peu de chaleur ; le pouls ne descend pas au-dessous de 92, et le 4, il se déclare un peu de toux sans dyspnée ni crachats.

Le 7, il s'y joint un peu d'oppression et de douleur derrière le sternum.

Cet état persiste jusqu'au 13, et pendant ce temps, la desquamation se fait lentement.

On accorde à la malade quelques potages, et un bain lui est administré chaque jour du 9 au 13.

Le 14 au matin, la malade est prise de fièvre, de céphalalgie, de douleur à la gorge et au-devant de la trachée-artère, avec difficulté d'avaler ; en même temps il survient du dévoiement, sans coliques.

Riz, sirop de gomme, 3 pots, bain, cataplasme sur le ventre, 1/2 lavement de lin, diète.

Les phénomènes précités persistent le 15 ; les selles sont fréquentes ; la peau est chaude et sèche ; le pouls à 108, plein, assez fort. La respiration est un peu plus rude sous la clavicule droite ; du reste aucun phénomène caractéristique n'est obtenu par la percussion et l'auscultation de la poitrine.

Même prescription que la veille, en ajoutant quelques gouttes de laudanum au lavement.

Le 16, le dévoilement est un peu moindre ; mais la douleur de gorge persiste et le pouls reste fébrile.

Riz, tis. de gomme, gargar. émol., bain, pédiluve sinapisé (bis), 1/2 lav. de lin et de pavot, diète.

Le 17, le dévoilement a cessé ; mais la malade ne se trouve pas mieux : oppression, toux douloureuse, crachats légèrement visqueux, adhérents au fond du vase.

A l'auscultation, respiration et voix bronchiques à la partie postérieure du thorax, le long du bord interne de l'omoplate droite.

Même tisane, saignée de six onces, vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, gargar., lav. émol., sinapismes aux membres inférieurs.

Le 18, faiblesse grande, chaleur sèche, crachats légèrement rouillés. Mêmes signes d'auscultation. Le 19, le pouls monte à 120 pulsations par minute. Le 20, l'affaissement est extrême ; les traits sont altérés ; l'oppression est grande, le pouls est à 144, et la malade succombe le même jour dans la soirée.

Autopsie faite 42 heures après la mort.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Maigreur prononcée, peau rugueuse sur toute la surface du corps.

Le tronc et les membres à l'extérieur sont bien conformés dans toutes leurs parties.

Tous les viscères intérieurs, à l'exception des organes génitaux internes, ont leur forme normale et occupent leur siège habituel.

TÊTE. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'un peu de sérosité légèrement louche en quelques points. La substance corticale est un peu pâle et légèrement molle à la surface. La substance blanche a sa couleur et sa fermeté habituelles. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité limpide. Les corps striés, les couches optiques et les autres parties centrales sont d'une bonne consistance. Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée n'offrent rien d'anormal.

PORTRINE. Le *péricarde* est sain et contient à peine une cuillerée de sérosité transparente. Le *cœur*, d'un volume assez considérable relativement à l'âge et à la taille du sujet, contient dans ses cavités quelques caillots noirâtres, fibrineux. Ses parois sont légèrement épaissies ; sa membrane interne est saine ; ses orifices sont libres, et les valvules, légèrement épaissies à gauche, sont souples et suffisantes.

La *plèvre droite* contient environ trois onces d'un liquide blanchâtre, onctueux, purulent. Ses deux feuillets sont revêtus de lamelles pseudomembraneuses molles, récentes, au-dessous desquelles on remarque çà et là des rougeurs tachetées. *Poumon droit*, le lobe inférieur est lourd et compact ; son tissu est marbré, grenu en quelques points, très friable et laisse suinter, à la pression, un liquide moitié purulent, moitié lie de vin. Le sommet de ce poumon contient quelques tubercules.

La *plèvre gauche* est saine, à part quelques adhérences anciennes au sommet. Le poumon de ce côté est léger, souple et résistant.

Les *bronches* sont à l'intérieur d'un rouge vif, plus prononcé dans le poumon droit ; cette coloration se continue dans la *trachée* et pâlit vers le *larynx*.

Le *pharynx* est rouge injecté. L'œsophage a sa couleur habituelle.

ABDOMEN. L'*estomac* est nuancé d'une teinte rose plus

ou moins foncées ; sa membrane muqueuse a son épaisseur et sa consistance habituelles.

L'*intestin grêle* présente de distance en distance quelques plaques rouges par imbibition. Dans les trois ou quatre derniers pieds, on trouve quelques plaques de *peyer* légèrement saillantes, sans ramollissement ni ulcération. Les follicules isolés sont assez développés. Le *gros intestin* est un peu rosé surtout dans le cœcum ; et la membrane muqueuse est un peu plus molle que dans l'état naturel.

La *rate* est assez volumineuse, mais elle a sa couleur et sa consistance habituelles. Le *pancreas* est sain ; le *foie* est gros et son tissu est un peu pâle à l'intérieur sans altération de consistance. La vésicule renferme une petite quantité de bile verdâtre ; sa membrane interne est saine. Les *reins* ont leur volume, leur fermeté et leur structure normales. Les *bassinets* et les *uretères* sont blancs et lisses à l'intérieur. La *vessie* a sa forme et ses dimensions naturelles, la membrane muqueuse est blanche, saine.

PARTIES GÉNITALES. La *vulve* est bien conformée, de grandeur proportionnée à l'âge et à la taille du sujet. Le *clitoris* est moyennement développé, d'une forme régulière. Les *petites lèvres* d'un rose un peu bistre à leur circonférence, ont cinq lignes dans leur plus grande longueur. L'*orifice de l'urètre* occupe sa position habituelle. L'entrée du *vagin* est garnie d'une *membrane hymen*, située à six lignes de la partie la plus antérieure de ce canal. Cette membrane, de forme semilunaire, représente un croissant dont les extrémités dirigées en haut viennent se rendre vers le méat urinaire, et dont le bord libre circonscrit une ouverture de cinq à six lignes de diamètre. L'orifice du vagin est divisé en deux segments latéraux par une bride verticale formant le bord antérieur d'une cloison membraneuse qui sépare en deux parties latérales toute la longueur de ce canal. Cette cloison, disposée de haut en bas, a environ une demi ligne d'épaisseur ; elle est formée par l'adosse-

ment de deux membranes muqueuses maintenues en contact par une lamé de tissu spongieux, mince au point que l'on peut distinguer le jour à travers la cloison. De cette disposition résulte la formation de deux vagins situés l'un à côté de l'autre comme deux canons de fusil. Ils ont chacun environ huit à neuf lignes de diamètre et deux pouces neuf lignes de longueur, depuis la membrane hymen jusqu'à leur extrémité utérine. Leur surface interne est d'un rose pâle et présente des plis circulaires semblables à ceux qu'on remarque d'habitude dans ce canal.

Au fond de chacun de ces vagins, on aperçoit une petite saillie conique, mousse, constituée l'une et l'autre par la partie antérieure d'un *col utérin*. Chacune d'elles est percée dans son centre d'un orifice un peu allongé transversalement qui forme l'entrée d'une cavité utérine isolée de sa congénère. La *matrice* est bilobée, et représente deux corps utérins distincts, pyriformes, arrondis et non pas aplatis d'avant en arrière, et de volume égal. Chacun d'eux a vingt-six lignes de longueur pour la totalité et seize lignes pour le corps seulement.

Celui-ci, arrondi comme nous l'avons dit, a 9 lignes de diamètre, le col ayant 5 lignes d'épaisseur à sa partie moyenne. Les deux corps, écartés l'un de l'autre par leur fond sous un angle à sinus supérieur de 45 degrés, se réunissent par la partie la plus antérieure de leurs cols qui sont juxtaposés sur une longueur de 6 lignes. Le tissu utérin a sa couleur, sa consistance et sa structure habituelles.

Quant aux annexes, chacune de ces deux moitiés utérines est pourvue d'une *trompe* bien conformée, de 3 pouces de longueur quand elle est étendue, et qui naît de la partie la plus saillante du fond du corps utérin. Chacune d'elles est accompagnée d'un seul *ovaire*, du volume d'une amande dépouillée de sa coque, et placé à la partie externe et supérieure du corps, en arrière de la trompe, entre les

replis des ligaments larges. Un peu en avant et au-dessous, et un peu en dehors de l'insertion des trompes, se détache de chaque globe utérin, un *ligament rond* qui suit son trajet habituel.

L'écartement inférieur de la cloison du vagin est parcouru par le *rectum* dont la disposition n'offre rien d'anormal. Dans l'écartement supérieur est logé le col de la *vessie* qui suit sa direction habituelle.

Le *péritoine*, en se repliant de la face antérieure des deux utérus sur la face postérieure et supérieure de la vessie, ne forme là qu'un cul de sac peu prononcé. A la partie postérieure des deux utérus, au contraire, le péritoine forme une bride médiane très saillante, sur les côtés de laquelle on remarque deux fossettes assez profondes.

Cette observation considérée sous le point de vue pathologique, nous montre une jeune fille de 16 ans, de constitution faible, mais habituellement bien portante, prise, dans les derniers jours de juin, de prodromes fébriles suivis bientôt de vomissements et de douleur de gorge. Du cinquième au sixième jour apparaît une éruption caractérisée par une teinte rouge intense, entremêlée de miliaires, avec rougeur de la langue et du pharynx, gonflement des amygdales et mouvement fébrile prononcé. Au troisième jour de l'éruption, le corps se couvre d'une multitude de miliaires. Bientôt la rougeur scarlatineuse pâlit et disparaît; les miliaires se dessèchent; la desquamation se fait lentement; et, avant qu'elle ne soit achevée, la fièvre qui n'avait pas complètement disparu se rallume; il se déclare du dévoiement suivi, peu de jours après, d'oppression avec toux douloureuse, crachats visqueux et respiration bronchique à droite. Ces phénomènes persistent et s'aggravent; le pouls se précipite et la malade succombe sept jours après l'invasion des derniers accidents.

A l'autopsie on trouve une rougeur prononcée du pharynx, de la trachée et des bronches, une pleuro-pneumonie

droite avec hépatisation grise en partie, et un léger ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin.

Ces lésions sont parfaitement en rapport avec les derniers symptômes signalés pendant la vie, et sous ce point de vue, l'observation ne présente aucun fait saillant qui mérite de plus longs développements.

Elle est plus remarquable et offre plus d'intérêt relativement à la disposition des parties génitales.

Nous trouvons là une anomalie singulière, par suite de laquelle l'utérus forme deux corps séparés, ayant chacun un col distinct contigu à son congénère. De plus le vagin est divisé dans toute sa longueur en deux parties latérales par une cloison membraneuse qui donne lieu à la formation de deux canaux, dans chacun desquels vient s'ouvrir un col utérin. Du reste, chacun des deux corps précités n'a qu'une trompe et qu'un ovaire.

Cette dernière circonstance indique clairement qu'il s'agit ici d'une de ces déviations organiques consistant dans la division de l'utérus.

Les exemples de ces divisions observés jusqu'à ce jour présentent d'assez nombreuses différences, et l'on peut les distinguer en plusieurs espèces et variétés.

Dans une *première espèce*, l'utérus n'offre de trace de division qu'à l'extérieur : « Il présente vers son bord supérieur une échancrure médiane plus ou moins profonde ; mais à l'intérieur de l'organe, on ne retrouve aucune trace de division (Andral) : » la matrice reste uniloculaire. (*Utérus échancré, cordiforme à cavité uniloculaire*).

Dans une *deuxième espèce*, la division n'existe qu'à l'intérieur : La cavité de l'organe est partagée par une cloison membraneuse en deux moitiés latérales, séparées l'une de l'autre d'une manière plus ou moins complète. (*Utérus simple à cavité biloculaire*). Catti en aurait observé le premier cas d'après Morgagni (Epist. III, art. 21. — Tisen-

mann; de *utero duplici*. *Argentaurasi* 1752, d'après Cassan).

Cette espèce de division de l'utérus renferme plusieurs variétés :

1° Tantôt il n'existe qu'un seul vagin (Vallisneri d'après Cassan-Rokitanski de Vienne, mémoire sur la duplicité de l'utérus, obs. 18, 19, 20 et 21);

2° Tantôt le vagin est divisé par une cloison plus ou moins complète. (Gravel d'après Cassan).

Dans une troisième espèce enfin, l'utérus est divisé à l'extérieur et à l'intérieur. Cet organe forme deux corps distincts et a conséquemment deux cavités isolées. (*Uterus divisé à double cavité*).

Cette espèce renferme aussi plusieurs variétés :

1° Tantôt le corps de l'utérus, seul divisé, se termine par un col unique, commun; il y a double cavité utérine mais cavité simple du col. La matrice ressemble alors à l'utérus normal des ruminants. (*Uterus bicorne*.) (Marquet, Traité pratique de l'hydropisie et de la jaunisse, d'après Raige Delorme. Dict. de méd., t. xx, p. 78). A. Le plus ordinairement le vagin est simple (Rokitanski, mémoire cité, obs. 14, 15 et 17). B. Ailleurs il y a division incomplète du vagin (Rokitanski, obs. 13 et 16).

2° Tantôt, au contraire, le col est divisé en deux de même que le corps. (*Uterus double*.) (Comte de Tressan; mémoire de l'acad. des sciences, 1752.; part. hist., p. 75). Dans ce cas plusieurs différences peuvent exister, comme dans la variété précédente, quant à la disposition du vagin.

A. Celui-ci peut-être simple (Morand, mém. de l'acad. des sciences, 1743, part. hist., p. 87. Dionis, *Concestrini*; *Historia de utero duplici*. Palfyn; *Descript. anat. des parties de la femme qui servent à la génération*, d'après Cassan-Rokitanski; obs. 12).

B. Ailleurs le vagin est divisé par une cloison incomplète

(Purcell; comment. de Leipsick; t. XXI, p. 123, d'après Cassan).

C. Dans d'autres cas enfin, en même temps qu'il y a division du corps et du col de l'utérus, le vagin est partagé d'une manière *complète* par une cloison qui le sépare en deux canaux situés l'un à côté de l'autre, de manière à former en quelque sorte deux vagins. (Haller; *Icones anatomicæ: fasciculus 2.* Littre; mém. de l'académie des sciences, 1705, p. 47. Saviard, Nouveau recueil d'observ. chirurg., d'après Cassan-Rokitanski, obs. 10). Tel était le fait bien connu, observé à la maison royale de santé, dans le service de M. Duméril, et que le docteur Cassan a décrit et figuré dans sa thèse inaugurale. Tel est aussi le cas qui fait le sujet de notre observation et dont la pièce, parfaitement conservée dans toutes ses parties, a été présentée à la société anatomique et déposée par nous au musée d'anatomie pathologique.

Indépendamment de l'intérêt qui se rattache à ces anomalies sous le point de vue de l'histoire naturelle, elles offrent une grande importance sous le rapport des accouchements et de la médecine légale.

On conçoit en effet, dans des cas semblables, la possibilité d'une superfétation, justement douteuse dans les cas où la division des organes génitaux n'existe pas.

On conçoit aussi que cette superfétation devient d'autant plus facile que cette division est plus complète; et le cas précité réunissait toutes les conditions capables de la favoriser. A l'inspection de la pièce, on comprend encore que la surconception pouvait s'opérer avec plus ou moins de chances, selon l'époque de la première fécondation: facile dans les premiers mois, lorsque la moitié utérine, remplie d'abord, est encore peu volumineuse; elle l'est moins sans doute, à une époque plus éloignée du début de la première grossesse, lorsque l'un des globes utérins, déjà très développé par le germe qu'il contient, vient à

comprimer son congénère de manière à empêcher le passage dans sa cavité, de la liqueur prolifique.

Quant au point de vue obstétrical, on conçoit les erreurs qui pourraient être commises, lorsque par exemple, dans le cours du développement du ventre par une grossesse réelle d'un côté, le doigt porté sur le col correspondant au côté encore vide n'y trouverait point les changements que cette partie éprouve pendant la gestation. La grossesse serait d'autant plus facile à méconnaître que l'utérus ferait une saillie notable d'un côté de l'abdomen. On conçoit aussi qu'à l'approche de l'accouchement, deux touchers pratiqués l'un après l'autre, pourraient donner des résultats très différents et inexplicables si, dans ce moment, la division du vagin n'avait pas été reconnue.

Extrait du rapport de M. TARDIEU sur l'observation précédente.

La collection des bulletins de la société renferme déjà sur la duplicité de l'utérus et du vagin des indications précieuses que je veux d'abord vous remettre en mémoire. Sans parler d'un fait moins directement comparable qu'a signalé, en 1834, M. Vernois, c'est-à-dire une espèce de valvule qui, naissant de la paroi postérieure du vagin, se portait obliquement en avant et en bas, et offrait ainsi un commencement de division, il convient de citer une note de M. Giraldès sur un utérus et un vagin double présentés en 1830; une autre de M. Estevenet, et enfin une observation de M. Daniel Lacombe, consignée à la page 229 de la onzième année de notre publication.

Ce dernier cas est tout à fait analogue à celui que M. Barth a observé. La disposition des deux corps utérins est la même; leurs dimensions sont égales. Leur forme était seulement plus régulièrement globuleuse dans le second exemple. Après cette note on trouve un rapport intéressant

de notre laborieux collègue, M. Pigné. C'est une énumération érudite, un recueil complet de tous les faits semblables épars dans la science qui, malheureusement, n'a pas été publié en entier.

Grâce à ces divers travaux, la série de nos bulletins présente, sur ce sujet, une rare et précieuse collection de faits et de documents. Mais comme complément il ne serait peut-être pas sans intérêt de rechercher s'il existe quelques données suffisantes pour trouver la loi d'une semblable déviation. On a fait de la tératologie toute une science. Que donnera cette science dans le cas particulier qui nous occupe? Vous me pardonnerez la témérité de ces questions. L'excès même de mon insuffisance doit m'absoudre d'avance de toute prétention.

Je ne veux pas pourtant toucher à cette question périlleuse des causes des monstruosité. Je ne me demanderai pas si elles proviennent d'une altération originelle primitive des germes ou d'une perturbation accidentelle dans l'évolution du germe primitivement régulier. A Dieu ne plaise que je m'aventure dans de telles ténèbres. Aussi bien, l'exemple qui fait le sujet de ce travail ne peut d'ailleurs éclairer en rien cette obscure philosophie. Ce n'est même pas le lieu de discuter la persistance de certains états transitoires de l'embryon et l'arrêt de développement. Mais il est une autre forme de déviation organique sur laquelle l'histoire naturelle et l'anatomie comparée peuvent fournir quelques observations curieuses. C'est la plus simple et c'est précisément celle qui est ici le plus directement en jeu. Il est facile, sans une contemplation bien laborieuse, de suivre la marche créatrice de la nature et de la voir s'élever par échelon au degré suprême de la perfection. Mais si chacune de ses œuvres se trouve ainsi liée à celle qui la suit comme à celle qui la précède, il arrive que la chaîne s'interrompt quelquefois. De là des déviations en quelque sorte prévues et dont la loi est facile à saisir, car, consistant dans un arrêt

de perfectionnement d'un degré à l'autre, elles pourront exister seulement d'une espèce ou d'un ordre à un autre mais jamais d'un embranchement ou d'une classe à une autre classe, à un autre embranchement. Je crois que ce serait là, si elle se rencontrait, la forme la plus simple de toute déviation. Et en effet, il doit être tout aussi sensé de dire qu'une disposition organique, appartenant à un ordre inférieur a persisté dans le supérieur, comme on dit qu'un état embryonnaire s'est continué au delà de la vie fœtale. Cela se réduit dans l'espèce à voir si la duplicité des organes d'incubation et d'intromission est assez bien établie chez certains ordres des mammifères pour que cette disposition accidentellement observée chez les femmes puisse y représenter l'état normal des êtres placés au-dessous d'elles dans l'échelle animale.

La solution n'est pas aussi simple à donner qu'il semblerait d'abord. On peut rapporter à quatre types principaux, les formes variées des utérus des mammifères.

1° Dans la femme, utérus simple, avec un col et deux trompes. Le paresseux, les tatoux et autres édentés sont dans le même cas ;

2° Utérus divisé à partir du col en deux cornes, soit dans toute son étendue, soit sur une partie de sa longueur. Les cornes excèdent souvent du plus du triple le corps de l'utérus ; comme dans les solipèdes, quelquefois il y a une cloison incomplète comme dans quelques ruminants ;

3° Utérus dont le col est réduit à un simple anneau ou bourrelet qui entoure l'orifice de la matrice : tel est celui de l'agouti, du cochon d'Inde, des chéiroptères, des cétacés, etc.

4° Plus de col, plus d'anneau ; et chaque corne s'ouvre alors directement dans le vagin, c'est le cas du rat, du lapin, de la plupart des rongeurs, et c'est ce qu'on veut appeler une matrice double. Mais cette expression est mauvaise, quoique M. Devernoy l'ait employée dans la rédaction de l'anatomie comparée de Cuvier, d'où Meckel, Carné et

autres l'ont tirée. Si chaque corps tubuleux, de l'utérus du lapin avait à l'extrémité opposée au vagin une double trompe ou oviducte, ce serait bien vraiment un utérus complet, et il y aurait là deux utérus ; mais ce n'est pas ce qui existe. La corne n'est autre chose que la trompe terminée par un pavillon plus ou moins largement ouvert pour embrasser l'ovaire. Carus, qui s'étend sur cette variété de forme qu'il appelle complètement double, sépare trop arbitrairement les trompes du système utérin ; et certes il est plus vrai de l'y rattacher et d'en faire une partie essentielle de l'organe incubateur. Dans toutes ces variétés le vagin est unique, circonstance bien importante. Il est inutile de parler des saigues et des didelphes semblables qui ont un appareil vaginal et utérin très compliqué, divisé en plusieurs parties de même que le mâle a le gland plus que bifide, c'est-à-dire vraiment double. Le didelphis opossum d'Amérique, et plusieurs autres espèces présentent cette particularité.

C'est d'après ces principes généraux d'anatomie comparée qu'il convient de juger la déviation organique dont nous vous entretenons. Et la première application qu'il faut en faire, c'est d'insister sur ce point qu'avait bien compris M. Pigné et qui est capital dans le fait de M. Barth comme dans celui de M. Daniel Lacombe, savoir que chacun de ces corps globuleux qui constituent les deux matrices, n'a qu'une seule trompe, et que par conséquent le système utérin n'est pas véritablement double. Quelque importante que soit cette remarque, elle ne fait pas qu'il n'y ait là une division et une sorte de duplicité au moins de la cavité utérine. Cela est vrai, et il faut reconnaître ici la forme des matrices que Carus appelle biparti et dont on retrouve sinon l'image, au moins l'analogie dans quelques mammifères. Mais ce n'est qu'une analogie et elle cesse bientôt quand on considère le cloisonnement du vagin. Nous insisterions sur son unité dans la série que nous venons d'étudier, et à part l'exception restreinte aux didelphes

qui n'ont qu'une application de l'organe femelle à l'organe mâle, il est facile de voir que dans ces cas particuliers où le vagin a été trouvé double chez des femmes, rien n'établit une conformité réelle entre un type normal inférieur et la disposition accidentellement observée chez les femmes. Or, c'est là une anomalie, ce n'est pas un arrêt dans le perfectionnement gradué des êtres, non plus que dans le développement d'un état embryonnaire, car malgré l'autorité de Carus il est loin d'être démontré que la division de l'utérus existe constamment dans l'embryon humain. Je le répète, c'est une anomalie et ce n'est que cela.

Il est à tout cela une conclusion dont la logique fera peut-être excuser l'apparente témérité. Nous avons cherché à rattacher une déviation organique à une loi. Cette loi, c'était la plus simple de toutes, et par cela même ce devait être la plus puissante, la plus infallible dans son application. Il arrive que nous la trouvons en défaut et que le rapport qu'elle permettait d'établir n'est qu'imparfait et incomplet. Que dire alors de la philosophie tératologique; sinon qu'elle n'est souvent, comme les autres philosophies, qu'un témoignage de notre orgueil et de notre désir d'expliquer ce que nous ne saurions comprendre; et qu'en un mot, dans l'étude des anomalies et des monstruosité; en général, il vaut mieux observer les faits que rechercher des lois.

Observation de kystes volumineux développés dans la cavité de l'arachnoïde, et de tumeur sanguine du crâne, recueillie à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. POUMEAU.

Dans les premiers jours de février, fut admis dans la salle des scrofuleux de l'hôpital des Enfants-Malades, un jeune enfant âgé de deux ans, de petite taille, d'une constitution grêle et détériorée, afin d'y être traité pour une tumeur

énorme située sur le côté droit du crâne, et qui s'étendait en hauteur depuis le conduit auditif externe jusqu'à la suture bipariétale, et dans le sens antéro-postérieur, depuis la moitié postérieure de l'os frontal jusqu'à la suture lambdoïde.

Nous adressâmes à la mère des questions multipliées sur les causes présumées et sur l'origine de cette tumeur; nous ne pûmes obtenir que des réponses équivoques et incertaines, seulement elle nous assura que ce n'était que depuis cinq à six mois qu'elle s'était aperçue de cette *grossesse*; que dès le principe elle n'était pas circonscrite, et que tout le côté droit de la tête était devenu empâté à la même époque; que peu à peu le développement s'était manifesté jusqu'au point où nous le voyons. Nous apprîmes encore une circonstance particulière que je note ici parce qu'elle pourra être de quelque application dans l'étiologie des lésions que nous trouverons à l'autopsie de ce jeune sujet; savoir : que pendant tout l'hiver elle avait constamment tenu son fils assis dans une petite chaise, tout près d'un poêle en fonte; que souvent elle l'avait trouvé endormi, la tête appuyée sur ce calorifère, qui ne manquait pas d'avoir, dans certaines circonstances, beaucoup de chaleur.

Aucun diagnostic précis ne fut porté sur la nature de cette tumeur du crâne; on pensa que ce pouvait être une collection purulente; la fluctuation était manifeste; la peau ne montrait aucun signe d'inflammation ni de lésion traumatique antérieure, et sa mère nous assurait que jamais elle ne s'était aperçue que son enfant fût tombé.

Les premiers jours qui suivirent l'admission du malade furent consacrés à l'observer. Comme l'on craignait qu'il n'y eût une communication entre l'intérieur du crâne et la cavité de la tumeur, nous dirigions toute notre attention sur l'encéphale et ses dépendances, afin de ne pas laisser inaperçus quelques-uns des signes d'une affection céré-

brûle quelconque, s'il y en avait d'appréciables; mais nous ne pûmes signaler aucune altération dans les fonctions de la locomotion, de la sensibilité; les sens de la vue, de l'ouïe étaient dans leur intégrité; l'intelligence paraissait assez bien conservée.

Le 10 mars, le petit malade avait de la diarrhée : depuis deux ou trois nuits il dormait peu; il criait souvent. Appétit bon; les organes de la cavité thoracique sont examinés avec soin.

Prescription. Décoction blanche; julep diacodé. Recouvrir la tumeur de la tête avec une large emplâtre de *Vigo*.

Le même état se continue jusqu'au 14, seulement l'amaigrissement devient encore plus apparent.

Prescription. Décoction blanche; julep diacodé; frictions de calomélas sur la tumeur; emplâtre de *Vigo*.

Le 16, le 17, le 18, le malade ne mange plus que quelques cuillerées de lait; les pieds, les jambes, les parties génitales, les parois abdominales, s'infiltrent de sérosité. Fièvre sans frisson, chaque soir, depuis deux jours; le poulx est petit et vibrant (100 pulsations); battements du cœur très sensibles à la main; quelques bulles de râle muqueux.

Le 19, même état; l'anasarque s'est accru.

Prescription. Chiendent, réglisse nitré; décoction blanche; julep diacodé; cataplasme de moutarde sur le côté droit de la poitrine pendant cinq minutes; bain de vapeur, friction éthérée de digitale sur la poitrine, le ventre et les jambes.

Les 21 et 22, l'enfant est plus abattu que d'ordinaire.

Jusqu'au 24, il ne s'opère aucun changement bien appréciable; l'intelligence paraît cependant conservée, car dès que j'entre dans la salle, l'enfant me reconnaît et pousse quelques cris. Une petite ponction est prescrite dans le lieu le plus déclive de la tumeur, et il m'est recommandé de ne soustraire qu'une partie du liquide. Je retirerai ainsi,

ce jour même, la valeur de quatre onces d'un liquide de couleur de sang, et de la consistance d'une légère dissolution de gomme.

Le lendemain 25, le malade est moins prostré. Nouvelle soustraction d'une même quantité de liquide.

Le 26, aucun changement bien appréciable, mais le malade est faible ; il ne mange pas, il crie souvent : respiration bonne.

Prescription. Sirop de quinquina :
 Sirop d'ipécaouanha } aa . . . gram. 30,0
 Sirop diacod. 15,0

frictions faites avec du vin de quinquina.

Le 27 au matin, le poulx est dur et serré ; la respiration gênée. L'auscultation nous fait découvrir du râle sous-crépitant dans les deux côtés de la poitrine.

Le 27 au soir, le malade est agonisant, et il expire le 29 à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie faite soixante-trois heures après la mort.

Apparence extérieure du sujet : oedématis des membres pelviens, du scrotum, de l'abdomen ; oedématis des membres thoraciques ; légère bouffissure de la face.

Les parois de la tumeur de la tête deviennent l'objet de notre premier examen ; la peau en est flasque, ridée, et n'offre aucune trace d'inflammation. Une incision pratiquée depuis la conque de l'oreille jusqu'à la suture bipariétale, laisse à découvert l'intérieur de la tumeur, où se trouve encore contenue une très grande quantité d'une matière lie de vin tirant sur le gris dans quelques endroits, et de la consistance de bouillie très épaisse. C'était là bien certainement du sang coagulé et altéré peut-être par la présence de l'air qui avait dû pénétrer depuis que la ponction avait été pratiquée. Cette matière était appliquée immédiatement sur l'os temporal ; sur la moitié postérieure du frontal, dépouillés de leur périoste. Un raclage léger

suffit pour mettre à nu leur surface externe, qui ne paraît pas évidemment altérée.

Le périoste, décollé de dessus la table externe des os, est accolé à la peau, et est, comme la partie précédemment décrite, enduit de cette matière sanguine coagulée.

Un examen attentif nous montre qu'il n'y a aucune communication avec l'intérieur du crâne.

Intérieur du crâne. — Très forte adhérence de la dure-mère avec la boîte osseuse. Cette première membrane offre l'aspect ordinaire à sa surface externe. Trois cents grammes d'une sérosité parfaitement transparente, et semblable en tout à celle que l'on rencontre souvent dans les ventricules, sont dans l'intérieur de deux kystes membraneux contenus dans les deux moitiés de la cavité de l'arachnoïde; les deux feuillets de cette dernière membrane sont, à droite comme à gauche, séparés par deux feuillets de nouvelle formation que je vais décrire, et qui formaient les parois des kystes dont je viens de parler.

À droite, immédiatement au-dessous du feuillet crânien de l'arachnoïde, nous rencontrons une fausse membrane qui forme pour ainsi dire une seconde dure-mère; cette fausse membrane est de nature fibreuse, blanche et compacte à la partie antérieure du cerveau; elle en enveloppe toute l'étendue et la coiffe pour ainsi dire. Moins compacte à la partie postérieure, elle se continue sur la tente du cervelet, et vient, en tapissant la base du cerveau, se rejoindre au point où nous l'avons laissée. Je dois noter que cette fausse membrane ne pénètre pas dans les anfractuosités; que sans s'introduire dans la scissure de sylvius, elle se jette comme un pont d'un hémisphère à l'autre. Sur la ligne médiane, elle est limitée par la faux du cerveau, à laquelle elle adhère.

Immédiatement au-dessous de ce feuillet fibreux, nous trouvons une autre fausse membrane transparente, beaucoup moins épaisse que la précédente, et représentant assez

bien pour la structure un feuillet séreux. Cette lame, immédiatement appliquée sur le feuillet cérébral de l'arachnoïde, est limitée en avant par l'extrémité antérieure du lobe antérieur du cerveau, et se termine en arrière vers la moitié du lobe postérieur. Elle se continue supérieurement sur toutes les faces du cerveau, et pénètre ainsi entre les hémisphères.

Ce sont ces deux feuillets, de densité et d'aspect différents, qui formaient les parois d'un kyste contenu dans la cavité arachnoïdienne. C'est dans son intérieur qu'était retenue la sérosité, que j'ai déjà notée.

A gauche, on observe la même disposition de ces produits anormaux.

L'arachnoïde, examinée sur le lobe cérébral droit, présente vers la partie médiane une couleur rouge foncé terne, annonçant assez bien la place d'une ancienne collection sanguine, dont la plus grande partie des matériaux auraient été repris par l'absorption. Un peu plus bas et en arrière, il existe un petit espace de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, de couleur cendrée ou gris piqué : ce sont encore des traces d'un ancien épanchement dont la majeure partie est absorbée ; à gauche, les mêmes phénomènes existent, mais à un degré moins apparent.

Des vaisseaux sanguins, plus nombreux et plus volumineux que dans l'état accoutumé, s'étendaient de l'arachnoïde à la dure-mère : ils traversaient toute l'épaisseur des fausses membranes.

La masse cérébrale était pour ainsi dire atrophiée, et assez semblable sous ce rapport à celle de beaucoup de vieillards : il s'en fallait de beaucoup qu'elle remplît la cavité des méninges.

Ce ne fut que neuf jours après l'autopsie que j'ai examiné l'intérieur de sa substance ; elle était alors dans un état complet de ramollissement, et rien n'était plus appréciable.

Thorax. — Les lobes inférieurs des deux poumons présentent les traces d'une pneumonie au second degré; des tubercules miliaires sont partout disséminés dans leur substance; des fausses membranes, fortes et nombreuses, les unissent à la plèvre-costale.

Dans la cavité du péricarde, soixante grammes de sérosité à peu près; cœur flasque et décoloré; un caillot dans le ventricule droit, qui paraît s'être formé au moment de l'agonie.

Une masse tuberculeuse du volume d'une noix était située au niveau de la bifurcation des bronches, et comprimait manifestement la veine cave descendante.

Abdomen. — L'estomac, les intestins n'offrent rien digne d'être noté; des tubercules gros comme une aveline, au nombre de cinq à six, sont situés dans le mésentère; cinquante à soixante grammes de sérosité dans la cavité péritonéale; la vessie, énormément distendue, remonte jusqu'à l'ombilic; reins parfaitement sains.

— — — — —

*Extrait du rapport de M. PIERDAGNEL sur l'observation de
M. POUMEAU.*

Les épanchements sanguins entre le cerveau et les os du crâne sous le rapport de leur siège, ont seulement fixé l'attention des pathologistes dans ces derniers temps, le fait le plus anciennement connu, celui de M. Rosten, date de 1818 et depuis cette époque MM. Cruveilhier, Blandin, Thibert, Menière et quelques autres en ont consigné des observations. M. Baillarger, dans une excellente thèse soutenue à l'école de Paris, en 1837 a réuni tous les faits publiés sur ce sujet en y joignant ceux qu'il avait observés lui-même, et il est arrivé à cette conclusion que dans tous les cas, le sang avait été épanché dans la cavité même de

l'arachnoïde contrairement aux opinions des auteurs qui avaient fourni ces observations.

Cette opinion de M. Bailarger n'est cependant pas généralement admise et cette divergence d'opinions doit engager tous les amis de la science à recueillir de nouveaux faits pour éclairer cette question.

Les points importants de cette observation sont les suivants : 1° *La coïncidence* de l'hémorrhagie extérieure avec l'épanchement arachnoïdien ; elle mérite d'être notée, car dans les observations connues, on a omis de parler des causes, or ici il semblerait qu'une contusion, bien qu'elle n'ait pas été signalée dans l'observation, soit le point de départ des deux hémorrhagies, on conçoit difficilement une bosse sanguine du crâne sans la mise en jeu de cette sorte de cause ; je suis conduit à cette manière de voir par le fait qui suit :

Un jeune enfant de mon service des épileptiques, dans une attaque brusque et prolongée, tomba de son lit ; il se fit une forte bosse au pariétal droit. Son accès passé, il resta dans la stupeur et mourut au bout de quinze jours. A l'ouverture de son corps nous constatâmes la bosse extérieure, le sang liquide et en grumeaux n'était pas résorbé, le périoste était intact. A la face interne du crâne, à la partie correspondante à la lésion extérieure, l'arachnoïde duremérienne était malade dans l'étendue d'un pouce de diamètre, au centre existait une membrane accidentelle fibreuse, circonscrite, adhérente à l'arachnoïde, au pourtour un grand nombre de petits points noirs, indices d'hémorrhagies *sous-arachnoïdiennes*. Cette membrane dans plus de trois pouces avait perdu son aspect brillant.

Ce fait dans lequel on ne peut méconnaître l'action d'une cause extérieure, m'a paru pouvoir être rapproché de l'observation de M. Pournau,

2° *La nature de l'hémorrhagie*. Il n'est fait mention dans aucune des observations connues jusqu'à ce jour ; de la na-

ture de l'hémorrhagie, et ceci se conçoit parce que toutes les observations sont des altérations anciennes. Admettons-nous donc que ces diverses hémorrhagies sont des exhalations de toute la surface de l'arachnoïde ? non sans doute. J'ai constaté plusieurs sources différentes de ces épanchements, ainsi je possède plusieurs observations de fracture du crâne avec déchirure de la dure-mère et épanchement dans l'arachnoïde; les ruptures de vaisseaux doivent rentrer dans cette catégorie.

En 1820, j'ai constaté chez un homme, à la suite d'une chute de vingt pieds de haut, deux épanchements successifs dans l'arachnoïde, appréciables par les symptômes et certifiés par l'autopsie. Je n'ai rencontré aucune altération aux deux feuillets de l'arachnoïde. Il y a quelques années à l'Hôtel-Dieu, j'ai trouvé sans m'y attendre un épanchement dans cette cavité, c'était un caillot qui doublait la dure-mère en adhérant à l'arachnoïde d'une manière assez lâche. Examinée avec soin, cette membrane n'offrait aucune altération; elle avait seulement perdu son brillant, probablement par suite de l'adhérence.

Dans ces deux cas et sans doute dans les autres il faut admettre une exhalation, une sueur sanguine.

Enfin une troisième source du sang, est une altération locale, semblable à celle de l'observation de M. Poumeau et à celle du jeune épileptique ci-dessus mentionné.

Je possède un troisième cas à peu près semblable. Alors on trouve un épaississement de l'arachnoïde, une perte de transparence de la friabilité, des ecchymoses sous elle, et à une époque plus avancée, ces petits points noirs qui leur succèdent.

3° *Étendue.* L'étendue de la membrane dans l'observation de M. Poumeau est unique. C'est la seule observation connue qui ait présenté une enveloppe totale au cerveau, ordinairement ces épanchements sont circonscrits à la surface de l'un ou de l'autre hémisphères et encore sou-

vent sont-ils bornés à un point de ces hémisphères. J'ai trouvé dans mon service à l'Hôtel-Dieu, trois dure-mères d'un côté du cerveau, c'est-à-dire un feuillet naturel et deux accidentels, suite d'épanchement sanguin et de transformation fibreuse. Une autre fois, j'ai rencontré un morceau de membrane fibreuse, à peu près quadrilatère de deux pouces environ d'étendue qui adhérerait près du sinus longitudinal supérieur et qui flottait par ses trois autres côtés. Faut-il rapporter à de légères hémorragies, ces bandes fibreuses plus ou moins étendues, qui du cerveau vont plus ou moins obliquement adhérer à la dure-mère, et les épaissements partiels de cette membrane, qui lui donnent quelquefois plusieurs millimètres d'épaisseur ? je le pense...

4° *La forme.* On sait que généralement du sang épanché dans l'arachnoïde se transforme en un véritable kyste aplati puisque la localité le veut aussi, que ce liquide se varie pour la consistance et la couleur, suivant l'ancienneté de la maladie, depuis une bouillie lië de vin jusqu'à la sérosité incolore ; c'est cette dernière forme que présentaient ceux de l'observation qui fait le sujet de ce rapport. Mais dix onces de liquide entre le crâne et le cerveau chez un enfant, et sans symptômes cérébraux sont un phénomène digne de remarque. Un fait qu'il faut encore noter, c'est que ces kystes se terminaient par une simple membrane vers les parties déclives du cerveau ; il ne faudrait cependant pas tirer de ce fait et de ceux signalés dans la thèse de M. Baillarger que des kistes sont inévitables à la partie supérieure du cerveau, à la suite d'hémorragie. Le fait que je vous présente et que j'ai noté plus haut prouverait le contraire.

Mais il n'en est pas de même des adhérences que ces membranes contractent avec les parties avec lesquelles elles sont en contact ; toujours elles ont lieu à l'arachnoïde pariétale, jamais avec le feuillet qui recouvre le cerveau et

n'est-ce pas au mouvement de cet organe qu'il faut attribuer cette loi.

La transformation fibreuse est la finale des épanchements arachnoïdiens, mais on ignore le temps nécessaire pour cette terminaison. Dans l'observation de M. Poumeau qui a duré six mois, il y des parties fibreuses et d'autres qui sont encore comme pulpenses, gélatineuses. Dans l'observation du jeune épileptique, quinze jours ont suffi pour déterminer la transformation fibreuse.

5° *Enfin le siège.* Sans aucun doute ici l'hémorragie a eu lieu dans l'arachnoïde, mais en est-il toujours ainsi.

L'observation journalière prouve que le siège des épanchements peut avoir lieu dans diverses parties, ainsi on trouve du sang entre la pie-mère et le cerveau. Tout récemment, M. Durand-Fardel nous faisait voir un hémisphère cérébral présentant une couleur fauve bornée à la surface du cerveau, nul doute que ce changement de couleur tenait à une imbibition sanguine pendant la vie.

Du sang peut s'épancher dans l'épaisseur du tissu cellulaire vasculaire qui constitue la pie-mère, et alors il donne quelquefois à cette membrane une épaisseur de plusieurs millimètres. On en trouve entre la pie-mère et l'arachnoïde cérébrale, et alors il forme saillie à la surface de cette dernière membrane, comme on le voit, dans les violentes congestions cérébrales et dans les apoplexies foudroyantes par la quantité de sang épanché. On rencontre du sang dans l'arachnoïde, vous le savez. On en trouve entre la dure-mère et les os, les décollements de la dure-mère par du sang épanché, ne sont pas rares en chirurgie !

Enfin restent en litige les épanchements entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Dans les grands épanchements de cette nature et qui ont été cités par des hommes dignes de foi, il peut s'élever du doute sur leur siège, des causes d'erreur existent, mais

en est-il de même pour ceux de moindre étendue. M. Cruveilhier et M. Menière ont vu des petites ecchymoses placées sous l'arachnoïde ; j'en ai constaté plusieurs fois, et si dans ces cas, lorsque le sang qui les forme, est réuni en caillots, il devient difficile de constater leur siège, attendu qu'elles présentent une séreuse en avant et une en arrière, il n'en est pas de même lorsque ce sang reste liquide comme dans le scorbut, quelques affections typhoïdes, la variole. Alors on peut constater en les incisant (par l'issue du sang), qu'elles sont placées sous la membrane séreuse : il n'existe donc qu'une différence en plus ou en moins. Ce fait paraîtra moins extraordinaire dans les autres cas, si on veut se rappeler, comme nous l'avons dit, que les épanchements sanguins du crâne ne sont pas toujours un phénomène d'exhalation, mais quelquefois une maladie dépendant d'une altération de l'arachnoïde qui peut rendre compte de son décollement.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 3. — (Mai 1841.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Maladie du placenta.* — 2. *Insuffisance des valvules aortiques.* — 3. *Croup.* — 4. *Etranglement interne par un diverticule de l'intestin grêle.* — 5. *Epanchement de sang entre la dure-mère et les os du crâne.* — 6. *Vésicule ombilicale et vaisseaux omphalo-mésentériques.* — 7. *Coincidence d'une hémorrhagie cérébrale avec une maladie de Bright.* — 8. *Tubercules du cervelet.* — 9. *Kystes séreux du foie.*

1. M. Depaul fait voir un placenta recueilli sur une femme qui, enceinte de 6 mois et affectée d'une infiltration générale, accoucha d'un enfant mort. Cet organe présente çà et là quelques foyers sanguins qui ne se sont pas remplis en poussant une injection par les vaisseaux du cordon; de plus le tissu de ce placenta est rouge, très dense, épaissi et semblable au tissu du foie. Est-ce une simple congestion? est-ce une inflammation? Quoi qu'il en soit, M. Depaul n'hésite pas à croire que cette altération a été la cause de l'avortement et dit avoir observé déjà plusieurs faits du même genre.

M. Cruveilhier rappelle, à propos de ce fait, l'observation d'une femme enceinte très affaiblie, infiltrée également, qui ne tarda pas à

XVI^e ANNÉE.

5

avorter et chez laquelle on trouva, pour expliquer ces accidents, une infiltration purulente de l'annule.

2. M. Bourdon présente un cas de péricardite chronique avec insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte : le malade était âgé de 40 ans, avait eu plusieurs ~~cas~~ ^{des} rhumatismes articulaires. On avait observé sur lui de la dyspnée, des palpitations, une matité étendue à la région prépondiale ; le premier bruit était clair, le second s'accompagnait d'une sorte de *pialement* et de souffle râpeux qui se prolongeait dans la crosse de l'aorte ; on avait diagnostiqué une insuffisance des valvules aortiques : à l'autopsie on a trouvé le cœur adhérent dans presque toute son étendue au péricarde par l'intermédiaire de fausses membranes. La cavité du ventricule gauche est agrandie ; les valvules sigmoïdes de l'aorte sont ossifiées, épaissies, deux d'entre elles adhèrent l'une à l'autre par leur bord libre, ce qui les empêchait de s'élever et de s'abaisser complètement ; l'orifice aortique n'est pas rétréci.

3. M. Contour montre les voies aériennes d'un enfant auquel il a pratiqué la laryngo-trachéotomie pour un croup ; la mort est survenue 12 heures après. On voit des fausses membranes sur le voile du palais, le pharynx et dans la fosse nasale droite. La fausse membrane du larynx présente çà et là des détritres flottants : on explique par cette circonstance, un bruit particulier que l'on entendait dans le larynx en appliquant le stéthoscope sur cette partie. Il n'y a plus de fausses membranes dans la trachée, mais il est probable qu'elles ont été enlevées par l'écouvillonnement ; car il en existait dans la bronche gauche jusqu'à sa troisième division.

4. M. Jamain présente une partie du canal intestinal d'un homme qui fut opéré, le 22 février, d'hémorrhoides par la ligature. Tout se passa bien de ce côté ; mais vers le 6. jour, il survint des vomissements accompagnés de tous les signes d'un étranglement interne. Le malade succomba 20 heures après l'apparition de ces accidents, et à l'autopsie, on trouva qu'un diverticule de l'intestin grêle, parti de son tiers inférieur environ, allait adhérer aux appendices épiploïques du colon descendant, en se dirigeant transversalement et en passant au-devant d'une masse de l'intestin grêle qu'il comprimait avec pour y produire un étranglement. Il paraît probable que cette lésion n'a eu aucun rapport avec l'opération pratiquée pour les hémorrhoides.

5. M. Chassaignac présente une fracture du crâne au niveau de la suture lambdoïde avec épanchement sanguin considérable entre la face interne du crâne et la dure-mère ; il semble qu'il y ait sur le

pressoir d'Hérophile, une petite perforation qui communique avec le foyer sanguin, mais la chose n'est pas parfaitement évidente. Il est remarquable qu'avec des désordres aussi grands causés sans doute par une violence extérieure, il n'y ait pas de plaie de tête.

M. Maisonneuve raconte que ce malade fut d'abord placé à l'Hôtel-Dieu, dans son service, mais que n'ayant aucun renseignement, le voyant en proie à un délire intense avec loquacité, et ne trouvant ni plaie de tête, ni ecchymose, il le crut affecté de méningite et le fit passer dans un service de médecine. La veille de sa mort seulement on apprit que ce malade avait reçu deux coups d'un très fort balancier de machine à vapeur, l'un sur la poitrine, l'autre sur l'occiput. Il a vécu six jours après cet accident et son état s'était amélioré sous l'influence des éméto-cathartiques et des saignées. M. Maisonneuve appelle l'attention sur cette circonstance, que, malgré la grande quantité de sang épanché, il n'y a pas eu un seul instant de paralysie ni de symptômes de compression, et il émet l'opinion que peut-être ces symptômes sont produits, non par une compression mécanique du cerveau, mais par une altération concomitante du tissu cérébral qui n'aurait pas lieu, quand l'épanchement se fait, comme dans le cas actuel, en dehors de la dure-mère.

6. M. Rendu montre un œuf humain d'environ six à sept semaines, qui lui a été envoyé par M. le docteur Prestat; l'amnios est intact et l'on voit la vésicule ombilicale bien marquée, et les vaisseaux omphalo-mésentériques colorés et comme injectés par le sang qui les remplit. On ne trouve aucune trace de l'allantoïde.

7. M. Tardieu raconte qu'un jeune homme de 18 ans, devenu hydropique à la suite d'une scarlatine, fut traité au mois de janvier dernier dans les salles de M. Rayet. Alors il n'eut point d'albuminurie, et il quitta l'hôpital en convalescence, mais conservant encore un peu d'infiltration. Cinq semaines après, il revint affecté d'un œdème considérable, d'une ascite et d'une albuminurie bien marquée. Le 26 février il est pris d'une attaque épileptiforme, reste pendant deux jours dans le coma, puis reprend toutes ses facultés et semble aller mieux. Au bout d'un mois une attaque semblable se manifeste et est suivie de la mort en quelques heures. L'urine avait cessé d'être albumineuse les deux derniers jours; à l'autopsie, on a trouvé un foyer apoplectique à la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, du volume d'un petit œuf de pigeon, rempli de caillots sanguins qui forment une bouillie liquide, et dont M. Tardieu fait remonter la formation à un mois environ, époque à laquelle ont paru

pour la première fois les accidents cérébraux. On a trouvé de plus le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité, les poumons œdémateux, le cœur sain, à part une petite collection séreuse à sa pointe sous le péricarde. Dans l'abdomen, tous les viscères avaient une teinte lavée; on voit dans la rate des taches blanchâtres qui semblent formées par des dépôts fibrineux, dont on ne peut apprécier ni la nature ni le mode de formation. Les reins offrent les caractères de la maladie de Bright à la seconde période: ils offrent un piqueté rouge et un commencement d'anémie jaune. M. Tardieu appelle l'attention sur cette coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale et de la maladie de Bright qui est extrêmement rare; M. Rayet ne l'a point encore observée, et Bright en a rapporté cinq cas, mais sans détail suffisants.

8. M. *Contour* fait voir des tubercules dans le cervelet d'un enfant de quatre ans et demi qui a présenté comme symptôme principal des vomissements alternant avec des douleurs de tête, mais qui n'a eu ni convulsions ni érections. Les ventricules latéraux du cerveau étaient pleins de sérosité; il y avait en arrière de celui du côté droit un tubercule dans l'épaisseur de la substance cérébrale. De chaque côté du vermis supérieur du cervelet, on voit une petite masse tuberculeuse, autour de laquelle la substance de l'organe est ramollie.

9. M. *Boucher* montre le foie d'un malade qui a succombé à une ascite, et à des tubercules. Toute la substance du lobe gauche manque et est remplacée par une multitude de kystes à parois blanchâtres remplis de sérosité.



Abcès de la paroi abdominale survenu à la suite d'une inflammation du cæcum, communiquant avec la cavité de l'intestin, et ouvert à l'extérieur.

Observation présentée par M. DEPUISAYE, interne des hôpitaux.

Henriette Mougé, âgée de 16 ans, d'une constitution frêle et délicate, ayant toutes les apparences du tempérament scrofuleux, entra à l'Hôtel-Dieu le 24 février, à la salle St-Paul, dans le service de M. Maisonneuve, remplaçant par intérim M. Blandin. Cette jeune fille, qui n'est pas encore réglée, est si peu développée, que nous avons cru un instant qu'elle nous trompait sur son âge. En effet, elle a tout à fait l'aspect d'un enfant de 10 ans. Nous l'avons interrogée avec soin sur l'époque d'invasion de sa maladie. Elle nous a répondu que depuis un an elle éprouvait de temps en temps des coliques assez fortes qui s'accompagnaient de dévoiement. Le médecin qui la soignait lui fit prendre quelques lavements amidonnés, employa des cataplasmes sur l'abdomen, et, sous l'influence de ces légers moyens, les coliques se dissipaient momentanément pour revenir ensuite plus fréquentes et plus fortes. Depuis trois mois la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur située du côté droit de l'abdomen, au niveau du rebord des dixième, onzième et douzième côtes, en dehors du bord externe du muscle droit. Cette tumeur avait à peu près le volume du poing; elle se gonflait dans les efforts de toux et de respiration. Elle s'est développée lentement; et, comme je l'ai dit, la malade ne fait remonter sa présence qu'à trois mois. Elle ne peut nous dire sous quelle influence elle a paru; elle nous avoua cependant que sa mère la battait, et c'est à un coup qu'elle aurait reçu dans cette partie qu'elle attribuerait sa maladie. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous avons observé.

La tumeur est arrondie, molle, fait relief au-dessous de la peau, et celle-ci est amincie et luisante. Quand on vient à la presser légèrement dans deux sens opposés, on y sent

très-manifestement de la fluctuation ; si l'on presse plus fortement, elle se réduit en faisant entendre un bruit de gargouillement analogue à celui que l'on perçoit dans la réduction des tumeurs herniaires. Enfin, quand on la percute, elle rend un son clair, tout à fait semblable au son intestinal. La tumeur se réduit entièrement, et quand elle est ainsi réduite, on sent vers son centre une ouverture qui a à peu près cinq centimètres de diamètre, et dont on circonscrit parfaitement le bord, qui est dur et résistant, et qui paraît formé par des fibres aponevrotiques écartées. Au centre de cette première ouverture, on en sent une autre de deux centimètres de diamètre, concentrique à la première, dont le bord est beaucoup moins sensible au toucher. Cette tumeur est assez douloureuse à la pression.

Il est facile de voir, d'après ce que j'ai dit plus haut, combien le diagnostic d'une telle maladie était difficile ; aussi M. Maisonneuve ne s'est-il pas prononcé immédiatement, et a-t-il voulu s'aider des conseils de M. Récamier. En effet, ce pouvait être un abcès de la paroi abdominale fusant sous le péritoine, ou bien s'ouvrant dans le cœcum ou le colon ascendant ; ce pouvait être aussi un abcès compliqué de hernie, ou bien une hernie seule. Avec l'une ou l'autre de ces données, la fluctuation, le gargouillement, la réduction en masse de la tumeur, tout pouvait s'expliquer.

M. Récamier fut d'avis que ce pouvait être une hernie compliquée d'abcès ; aussi conseilla-t-il, puisque la tumeur était réductible, d'y appliquer un bandage, et de chercher à la maintenir réduite. Ce bandage fut appliqué le 26 février ; il consista en une pile de compresses soutenue par un bandage de corps assez fortement serré.

Le médecin qui soignait en ville la malade vint un matin à la visite, et nous dit qu'elle avait rendu du pus par les selles à plusieurs reprises, et en assez grande quan-

tité. Dès lors le diagnostic, sans être fixé, fut beaucoup moins incertain. M. Maisonneuve crut à un abcès développé dans l'épaisseur des parois abdominales qui se serait vidé soit dans le colon ascendant, soit dans le cœcum. On verra, quand j'analyserai la pièce pathologique, que ce diagnostic s'est trouvé jusqu'à un certain point vérifié.

1^{er} Mars. — Le dévoiement que la malade avait à son entrée continue, elle se plaint de douleurs pendant les mouvements respiratoires. Notre attention se porta alors sur la poitrine. La percussion donne un son mat au sommet des deux poumons, mais la matité est plus grande à gauche qu'à droite; la respiration se fait à peine entendre des deux côtés; il y a de la résonnance de la voix, mais je n'ai pas trouvé de gargouillement. En se guidant sur les signes fournis par l'auscultation et la percussion, et sur l'apparence chétive de cette jeune fille, il était facile de conclure qu'une phthisie pulmonaire déjà assez avancée existait chez elle. Cependant elle n'a jamais craché de sang. Dans le but de remédier aux douleurs de poitrine dont la malade se plaignait, M. Maisonneuve fit appliquer deux sangsues au-dessous de chaque clavicule.

Prescription. — Violette sucrée; riz avec sirop de coing; lavement, amidon et pavot; julep avec sirop de morphine, 1 portion.

3 Mars. — J'examinai à la visite du soir la malade; le bandage s'était déplacé, et ne contenait plus la tumeur. La peau qui la recouvrait était tendue, amincie et rouge, j'enlevai l'appareil; je réduisis la tumeur, et quand elle fut réduite, j'observai avec plus de soin que je ne l'avais fait jusqu'ici sa paroi abdominale correspondante; elle me parut considérablement amincie; on ne sentait pas, à la pression, la résistance que l'on éprouvait du côté gauche; de ce côté en effet le muscle droit était contracté, de l'autre, il semblait que les fibres musculaires étaient écartées, et servaient d'enveloppe à la tumeur.

Il est une circonstance qui m'a frappé, c'est que plusieurs fois, à la visite du soir, j'ai trouvé la tumeur beaucoup plus distendue et plus douloureuse à la pression que le matin. Cela tenait probablement aux aliments que la malade avait pris dans la journée.

A dater du 4 au 8 mars la fièvre n'a pas quitté la malade: dans la journée, dans la nuit, elle éprouvait quelques frissons, des sueurs; l'appétit a complètement disparu, et la malade s'affaiblit de plus en plus. Nous constatâmes à cette époque la présence d'une caverne au sommet du poumon droit.

Même prescription.

Dans la nuit du 8 au 9 mars, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur, se vida presque complètement, et donna issue à une grande quantité de matières fécales; la malade se sentit soulagée.

L'ouverture extérieure était arrondie, avait à peu près deux centimètres de diamètre; la peau qui l'avoisinait était en certains points de couleur violacée.

9 Mars. — A la visite du matin on fit sortir encore une grande quantité de matières en pressant légèrement sur le ventre.

On continue la même prescription, en y ajoutant toutefois du vin de Bagnole pour soutenir les forces de la malade.

10 Mars. — Les matières continuent à s'écouler en assez grande abondance; on est obligé de changer la malade plusieurs fois dans la journée.

L'affaiblissement est extrême, l'appétit est nul, le visage commence à s'altérer, les yeux deviennent caves, les narines pulvérulentes, les frissons sont plus fréquents, les sueurs plus considérables, la malade tombe dans le marasme, et succombe le 13 mars, à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. — *Crâne*. Le cerveau et ses membranes sont dans l'état le plus normal; durant toute sa maladie la malade a conservé toute son intelligence.

Thorax. Le thorax est ouvert; le poumon gauche est appliqué contre la colonne vertébrale. Il y a des adhérences très-nombreuses entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. Si l'on incise ce poumon, on rencontre une infinité de tubercules à l'état de crudité semés çà et là dans les parties du poumon restées encore saines; quand on le presse, il fait entendre une espèce de crépitation. On ne trouve dans aucun point de ce poumon des tubercules ramollis.

Du côté droit, le poumon remplit toute la cavité du thorax; il est, comme le poumon gauche, parsemé de tubercules; mais à son sommet il y a une petite excavation; il est de plus infiltré d'une sérosité sanguinolente. C'est une espèce d'œdème pulmonaire occasionné par la difficulté du passage de l'air à travers ce poumon criblé de tubercules. On rencontre de même de ce côté une adhérence de la plèvre costale avec la pulmonaire, et de celle-ci avec le feuillet séreux qui revêt la face supérieure du diaphragme.

Le cœur est très-peu développé; les orifices sont libres et à leur état normal. Il y a dans le ventricule droit, ainsi que dans l'oreillette, des caillots qui présentent un commencement d'organisation. Du côté gauche les cavités sont à leur état normal.

Abdomen. Pour observer aussi bien que possible les altérations pathologiques, nous avons incisé la peau sur la ligne médiane, et nous l'avons disséquée dans une assez grande étendue du côté droit. A quelques centimètres au-delà de la ligne médiane, nous avons pénétré dans un foyer immédiatement situé sous la peau. Ce foyer, qui a environ 8 centimètres de diamètre, présente à peu près, vers sa partie moyenne, une ouverture oblongue circonscrite en dedans par les fibres les plus externes du muscle droit, en haut et en bas par l'aponévrose de ce muscle, qui est resté intact, en dehors par le rebord des dixième, on-

seins et des deux côtes. Ainsi dans l'étendue de huit centimètres de haut sur dix de large, l'épandevrose du muscle droit, ainsi que celle du grand oblique qui lui adhérait, avait été détruite; il n'en restait aucune trace. Les fibres musculaires du droit antérieur avaient disparu dans toute la hauteur que je viens d'indiquer. Cette ouverture dont je parle, et que l'on avait sentie pendant la vie, présentait vers son centre une autre ouverture plus petite, qui traversait de part en part la paroi abdominale, et qui communiquait avec l'intestin.

Avec quelle partie de l'intestin communiquait-elle?

Nous avons enlevé tout le côté de la paroi abdominale correspondant à la tumeur, et en examinant de l'intérieur à l'extérieur, nous avons vu que le colon ascendant, que le cœcum, et que la dernière portion de l'intestin grêle étaient dans ce point adhérents.

Le cœcum nous a paru comme recourbé sur lui-même, de manière à représenter une espèce d'anneau intestinal, à laquelle le péritoine était très-adhérent, surtout à la partie inférieure. Nous avons incisé sur la ligne médiane cette anne qu'il représentait; et malgré l'épaisseur des parois qu'il nous a fallu traverser, nous sommes arrivés dans la cavité du cœcum. Il nous a semblé que cette partie de l'intestin, d'une part, adhérait par sa face postérieure à la paroi abdominale dans le point correspondant aux ouvertures dont j'ai parlé, de l'autre, par la face antérieure, au péritoine.

La cavité du cœcum était diminuée de calibre; il était vide, ou plutôt ne contenait que du mucus intestinal, tandis que les portions de l'intestin grêle et du gros intestin voisines du cœcum étaient remplies de matières analogues à celles que la malade rendait par sa fistule. Une sonde introduite par cette cavité pénétrait d'une part dans l'intestin grêle, de l'autre dans le gros intestin; mais ces communications n'étaient plus aussi larges qu'à l'état

normal ; car nous allons voir qu'il ne passait presque plus de matière par le cœcum.

Nous avons incisé l'intestin grêle et le gros intestin jusqu'au niveau des adhérences qu'ils contractaient tous deux avec la paroi abdominale.

On remarquait à la surface interne de l'intestin grêle une espèce de bourrelet fourni évidemment par la membrane muqueuse du cœcum invaginée. Au centre de ce bourrelet était une ouverture qui communiquait avec le cœcum. Par cette même ouverture si l'on introduisait une sonde, on pénétrait dans le gros intestin sans passer par le cœcum, de sorte que celui-ci était perforé au niveau de l'invagination. Enfin, toujours par la même ouverture, la sonde se rendait dans une espèce de poche dont les parois étaient formées d'une part par le péritoine épaissi et adhérent à l'intestin, de l'autre, par le cœcum uni à la paroi abdominale. Au fond de cette poche se trouvait enfin l'ouverture de communication avec l'ouverture qui s'était faite spontanément à la peau.

Ce qu'il y a de remarquable ici c'est que :

1^o Le cœcum était invaginé dans l'intestin grêle, que le bourrelet qui formait cette invagination était adhérent d'un côté à la muqueuse de l'intestin grêle, de l'autre libre, et au niveau de cette adhérence, existait une ouverture qui établissait une communication directe entre l'intestin grêle et le colon ascendant presque sans l'intermédiaire du cœcum.

2^o Que la communication normale entre l'intestin grêle et le cœcum existait, mais qu'à raison des adhérences, une sonde de femme pouvait à peine y passer.

3^o Qu'en introduisant une sonde par l'intestin grêle on pénétrait dans une poche, et qu'au fond était une ouverture qui communiquait avec l'ouverture extérieure.

Pourquoi maintenant n'y a-t-il pas eu épanchement de matières fécales dans le ventre ? Rien de plus simple : le

péritoine épaissi avait contracté des adhérences intimes avec le cœcum, qui lui-même adhérait intimement à la paroi abdominale.

Pourquoi maintenant n'y a-t-il pas eu arrêt dans la circulation des fèces, puisque le cœcum était invaginé dans l'intestin grêle? Mais, en se guidant sur les altérations pathologiques que j'ai signalées, on répondra facilement à cette question.

En effet, j'ai dit qu'en faisant passer une sonde par l'intestin grêle on pénétrait soit dans le gros intestin directement, soit dans la poche située en dehors du cœcum, soit enfin dans le cœcum; j'excepte cette dernière route, car c'est elle que suivent les matières à l'état normal. Restaient deux autres routes: par l'une, les fèces se rendaient en dehors du cœcum dans la poche que j'ai indiquée, qui les conduisait dans la tumeur extérieure, par l'autre, dans le gros intestin. Il n'en passait plus par le cœcum, car je l'ai trouvé vide; du reste la manière dont il était contourné rendait ce passage très-difficile. De plus, la communication du cœcum et de l'intestin grêle était très-petite en comparaison de celle qui existait avec le colon ascendant.

J'ajouterai que l'on voit à la surface interne de l'intestin grêle, et au niveau des ouvertures anormales des brides qui traversent tout le calibre de l'intestin. Il en est de même du côté du gros intestin, qui est rétréci considérablement au niveau de son embouchure dans le cœcum; aussi, vers les derniers temps de la maladie, et surtout au moment de l'apparition de la fistule, ne passait-il que peu de matières dans le colon, elles se rendaient toutes dans la tumeur, et sortaient par l'ouverture anormale.

Nous avons examiné si nous ne trouverions pas des altérations dans les autres organes. Dans la dernière portion de l'intestin grêle nous avons vu une légère injection de la muqueuse et des plaques de Peyer assez saillantes; pas d'ulcération.

L'estomac, le foie, la rate, les reins, ont été trouvés à leur état normal.

Nous n'avons pas rencontré de tubercules dans les ganglions du mésentère; ils étaient tous à l'état sain.

Extrait du rapport de M. DURAND-FARDEL sur l'observation précédente.

La Société Anatomique s'est souvent occupée des maladies du cœcum. Ces affections sont assez importantes dans leur étiologie, assez compliquées dans leurs résultats, assez spéciales dans les accidents qui les caractérisent, pour mériter toute notre attention. L'observation de M. Depuyssaye n'offre pas moins d'intérêt que celles que nos bulletins ont déjà réunies en assez grand nombre, pour contribuer activement à éclairer la pathologie de cette partie du canal intestinal.

Ce que le cœcum offre de particulier dans les maladies appartient surtout aux complications qui l'accompagnent dans un grand nombre de cas, et dont l'existence est due à la situation anatomique, ses minces parois se trouvant en contact immédiat avec un tissu cellulo-graisseux abondant, qui remplace, sur une de leurs faces, la couche séreuse dont elle se trouve privée, et la brièveté de son attache séreuse établissant entre lui et la paroi abdominale antérieure des rapports auxquels il lui devient impossible de se soustraire. Si à ces rapports on joint ceux moins directs du cœcum avec le rein, avec les vaisseaux et nerfs iliaques, ceux plus éloignés encore avec le cordon, etc., on aura réuni les circonstances qui exercent le plus d'influence sur la physionomie et la gravité de ces affections. Les conditions anatomiques de la première portion du gros intestin sont en même temps celles qui le prédisposent le plus activement peut-être à la fréquence de ces ma-

ladies : ainsi la fixité de sa situation, qui l'empêche d'éviter les violences extérieures qui viennent à agir sur les parois abdominales ; le surcroît d'activité que lui demande la nécessité de surmonter la pesanteur, pour faire passer dans le colon transverse les matières qu'il vient de recevoir de l'intestin grêle ; le contact plus prolongé que dans les autres points du canal intestinal, de matières étrangères, et l'introduction de ces dernières dans son appendice.

Je crois que pour la pratique notre attention ne saurait trop se fixer sur ce mode de début de la *pérityphlite* (Albers), mode beaucoup plus fréquent que celui qu'indique le professeur Albers de Bonn (*Histoire de l'inflammation du caecum, typhlitis, par Albers, traduit de l'allemand, par Figné*) suivant lequel la maladie débiterait tout à coup, ordinairement après un refroidissement, ou un écart de régime (p. 16). En effet, si nous consultons les observations qu'ont publiées MM. Husson et Danca, M. Ménière, et même le professeur de Bonn, nous voyons que, dans le plus grand nombre des cas, les malades ont présenté pendant un temps plus ou moins long, des douleurs abdominales, du dévoiement, de la constipation, puis, à une certaine époque, peut-être sous l'influence d'une circonstance fortuite, la maladie, négligée par les malades et les médecins, a pris un caractère mieux déterminé, et les symptômes d'un phlegmon iliaque ont disparu.

C'est-à-dire que, pendant un certain temps, l'inflammation de la muqueuse du caecum est restée à l'état subaigu : puis que, soit par suite d'une recrudescence, soit par suite de ses progrès sourds et successifs, elle a gagné le tissu cellulaire qui environne l'intestin, et déterminé des phénomènes nouveaux. Que conclure de là ? C'est qu'il importe de reconnaître et de combattre les inflammations du caecum de bonne heure et activement, afin de prévenir cette propagation, qui pourra bien se pas être

toujours funeste, mais qui assurément ne saurait manquer de mettre les jours du malade en danger.

Les malades, et trop souvent les médecins aussi, ont une tendance à négliger les indispositions, les souffrances vagues ou peu importantes en apparence, et à attendre que la maladie soit déclarée, comme on dit, et que son caractère soit bien déterminé pour employer sérieusement les moyens de l'art. Or, j'ai la conviction profonde que la plupart des maladies graves, des lésions organiques de la tête, de la poitrine et de l'abdomen ne se développeraient pas, si l'on portait une attention suffisante à ces premiers symptômes, qui ne sont pas seulement des signes précurseurs, des prodromes de la maladie, comme le dit Dance (*Dic. de Méd.*, 2^e éd., t. 1, p. 120), mais qui sont la maladie elle-même à sa naissance, à un faible degré, qui ne réagit pas encore sur le reste de l'organisme.

On comprend quelle dut être l'incertitude du diagnostic dans l'observation de M. Depuisaye. Trois éléments principaux pouvaient aider à l'établir : les symptômes intestinaux qui avaient précédé le développement de la tumeur, la fluctuation qu'elle présentait, enfin sa réductibilité, et la présence de gaz dans son intérieur.

Chez une fille phthisique et scrofuleuse, l'existence d'accident du canal intestinal pouvait paraître trop naturelle, pour fixer ici l'attention d'une façon toute particulière. En outre, ces accidents ne semblent pas avoir représenté, ou du moins l'on n'a pas noté le caractère le plus habituel de l'affection à laquelle on avait réellement affaire : je veux parler des alternatives de diarrhée et de constipation, ou plutôt de la succession de la diarrhée et de la constipation. En effet, si la diarrhée est une conséquence ordinaire de la phlogose de la muqueuse du cæcum, on voit habituellement apparaître à sa suite la constipation, soit que l'inflammation ait désorganisé le reste

de ses parois, soit que la tuméfaction des parties environnantes y gêne mécaniquement le cours des matières.

La présence du pus dans cette région peut tenir à trop de causes différentes, pour que la fluctuation dût aider beaucoup au diagnostic.

Enfin, restait la réductibilité de la tumeur, et la présence médiate ou immédiate de gaz dans son intérieur. C'était là le phénomène le plus frappant ; ce fut celui qui induisit d'abord en erreur. Un savant professeur consulté pensa qu'il s'agissait d'une hernie compliquée d'abcès, et conseilla d'appliquer un bandage. Une compression fut en effet exercée sur la tumeur. Mais un renseignement fourni par le médecin qui avait traité cette fille en ville, vint modifier le diagnostic. Il rapporta qu'elle avait à plusieurs reprises rendu du pus en abondance par les selles. M. Maisonneuve, chef du service où elle était placée, crut qu'un abcès s'était formé dans l'épaisseur des parois abdominales, et s'était vidé dans le colon ascendant et le cœcum.

Je ne veux pas me donner ici le facile avantage d'argumenter un diagnostic porté pendant la vie, lorsque je tiens les pièces entre les mains ; je dirai seulement qu'il eût pu être plus naturel de supposer que l'abcès eût marché de dedans en dehors, c'est-à-dire du fond de la région abdominale vers la paroi, que de dehors en dedans, de cette dernière vers les intestins. Or, à l'idée que le pus, ou plutôt l'inflammation, avait pris naissance dans quelque partie profonde du flanc, devait facilement se joindre celle-ci : que l'intestin pouvait être le point de départ de la maladie.

Il importe de remarquer que, tandis que la malade a succombé presque immédiatement après l'ouverture de l'abcès à l'extérieur, la communication de ce dernier avec la cavité de l'intestin, survenue bien avant son entrée à l'hôpital, ne paraît pas avoir occasionné d'accidents bien

prononcés. En effet, la perforation du cœcum par un abcès de la fosse iliaque, est assez souvent suivie de guérison pour que M. Ménière, avec un peu d'exagération peut-être, proclame cet accident sans danger. Mais Dupuytren avait déjà signalé la gravité de semblables abcès, lorsqu'ils venaient à communiquer avec l'extérieur.

Note sur le développement de nerfs particuliers, à la surface du cervelet, communiquée par le docteur BENNETT d'Édimbourg, membre correspondant de la société.

L'automne dernier, étant à Heidelberg, je fus prié par mon ami, le docteur Roller, médecin de l'hôpital des aliénés de cette ville, d'assister à l'examen d'un individu qui était mort le jour précédent dans son service. Je m'y rendis, et j'appris que la personne dont il était question était morte d'une attaque de pneumonie aiguë. C'était un homme, âgé de 38 ans, qui était entré à l'hôpital six ans auparavant, dans un état de démence. On ne savait rien de son histoire avant son entrée à l'hôpital. Il mangeait régulièrement, répondait aux questions qu'on lui adressait par des monosyllabes qui ne signifiaient rien, et donnait peu d'attention aux objets qui l'environnaient. — Quatre jours avant sa mort, on observa qu'il souffrait d'une respiration accélérée et pénible, et en l'examinant de plus près, on découvrit une pneumonie du côté gauche. Malgré l'emploi de la saignée et d'autres antiphlogistiques, la maladie se termina d'une manière fatale.

On trouva à l'autopsie que presque tout le poumon gauche était hépatisé et rempli de sang. Les autres organes ne présentèrent rien de remarquable. En enlevant le crâne, on trouva la dure-mère très épaisse, l'arachnoïde était aussi épaissie, et en quelques endroits, avait perdu sa

transparence. Il y avait une légère effusion de sérum dans les ventricules, mais autrement il n'y avait rien d'anormal.

En examinant le cervelet, le professeur Bischoff qui dirigeait l'autopsie, observa plusieurs lignes blanches qui traversaient sa surface, et qu'il prit, ainsi que les autres personnes présentes, pour des vaisseaux sanguins. Dès le moment que je les vis, je prononçai que ce devait être des filaments nerveux, à cause de la manière dont ils étaient distribués, et dont ils s'anastomosaient entre eux. Une inspection plus attentive me fit voir que ces filaments étaient dessous la pie-mère, et non pas dans son épaisseur, comme l'avaient supposé les assistants; car en détachant cette membrane du cervelet, les filaments restaient accolés à la substance grise. Je remarquai aussi que les lamelles du cervelet étaient interrompues à peu près au milieu du lobe droit antérieurement, et que la surface de cet organe présentait, en ce point, un arrangement semblable à celui des circonvolutions du cerveau. — Du reste, le lobe droit était plus aplati supérieurement que le lobe gauche, et il était un peu plus petit. En faisant une incision dans la substance du lobe droit, au point d'où sortait un de ces filaments, le plus près de la ligne médiane, je montrai au professeur Bischoff et aux docteurs Roller et Herrght qui étaient présents, qu'il se continuait avec elle, et on pouvait dire qu'il prenait son origine dans un de ces prolongements de la matière médullaire qui viennent du *crus cerebelli*, lesquels, quand ils sont divisés, présentent l'apparence qu'on appelle l'*arbor vitae*. — Il semblait la continuation de la substance médullaire, et quand il atteignait la surface, il prenait la forme d'un nerf. Ce nerf se dirigeait en haut et en dehors obliquement, et à la fin il plongeait entre les 4^e et 5^e lamelles antérieures du cervelet. — Dans son cours, il donnait trois branches, à distances presque égales les unes des autres; les deux premières se rapprochaient graduellement, et s'anastomosaient; le tronc commun ainsi formé

se dirigeait en haut vers la partie antérieure du cervelet, pour plonger dans une dépression formée par deux des circonvolutions anormales dont nous avons déjà fait mention. La troisième branche se dirigeait en haut et en dedans, et s'anastomosait avec le même tronc commun avant qu'il disparût. Tous les filaments dont nous avons parlé s'anastomosaient les uns avec les autres. — Il y avait cependant trois autres branches nerveuses qui ne semblaient pas communiquer avec les précédentes. La première sortait entre les lamelles, un peu au-dessous de l'origine du nerf dont nous avons parlé, et se portait vers le bord postérieur du cervelet, où elle plongeait dans une dépression. La seconde, qui était le plus grand en diamètre, mais le plus court de tous ces filaments, sortait entre les 7^e et 9^e lamelles, et ayant passé sur trois, plongeait entre les 12^e et 13^e lamelles. La troisième sortait des mêmes lamelles (les 12^e et 13^e), mais sans communication avec la seconde, et elle suivait une ligne courbée, postérieure, pour s'enfoncer dans le grand sillon du cervelet.

Voici tous les filaments qu'on a observés, et je ne procédai pas immédiatement à un examen plus minutieux, parce que l'on voulut conserver la pièce comme préparation. L'origine de ces trois derniers filaments resta donc inconnue; mais ils doivent nécessairement commencer des différentes parties de la substance médullaire, qui sont continues avec le *crus cerebelli*.

Quelques jours après, j'étais le second filament isolé dont j'ai parlé, et je procédai à son examen microscopique avec le docteur Kobelt, professeur à l'université de Heidelberg, et curateur du Musée. — En le plaçant sous le microscope, il présenta la structure tubulaire qui caractérise la matière nerveuse. Nous le comparâmes avec des portions des 6^e et 5^e paires de nerfs; pris du même sujet, et les apparences, sous le microscope, furent précisément les mêmes. Pour ôter tous les doutes qui pou-

vaient rester, nous plaçâmes sous le microscope un petit vaisseau sanguin pris de la pie-mère d'à peu près le même calibre, et nous les examinâmes ensemble. Dans le vaisseau sanguin nous vîmes les fibres longitudinales et circulaires qui forment les couches de l'artère, mais dans le filament nous vîmes seulement des lignes longitudinales et tubulaires. Alors nous ne pûmes conserver aucun doute que ces filaments ne fussent de nature nerveuse.

Le dessin donne le contour du cervelet entier, avec cette partie du lobe droit sur laquelle les filaments nerveux sont distribués, un peu plus travaillée : ceux-ci sont un tiers plus grands que nature, à cause de la difficulté que j'ai éprouvée en laissant des espaces blancs tellement minuscules, avec un crayon ordinaire. Leur grandeur relative l'un à l'autre est cependant conservée.

J'ai montré ce dessin, et j'ai donné une description de ces filaments au professeur Tiedemann de Heildelberg, au professeur Weber de Leipsic, au professeur Wagner d'Erlangen, et au professeur Müller de Berlin ; ils n'ont jamais vu rien de semblable, mais ils disaient que leur attention n'avait jamais été portée sur des filaments nerveux qui peuvent se ramifier sur le cervelet, et il est bien possible que ces filaments aient été très souvent confondus avec des vaisseaux sanguins. Cependant le docteur Berres, professeur d'anatomie dans l'université de Vienne, me dit qu'il avait une fois vu des filaments nerveux semblables se ramifiant sur la base du cerveau, chez un crétin, lesquels filaments communiquaient avec le système ganglionnaire. Il serait évidemment prématuré de former des conclusions d'un ou deux faits isolés. Je me contente alors de diriger l'attention de la Société anatomique de Paris sur cette apparente distribution anormale de nerfs, afin que, pendant les nombreux examens cadavériques qui ont lieu journellement sous la surveillance de ses membres, cet important fait anatomique ne soit pas oublié.

Extrait du rapport de M. GIRALDES sur la note précédente.

L'observation de M. Bennett, si elle était confirmée, constituerait une véritable découverte ; mais comme ce fait s'éloigne de tout ce qu'on sait sur le système nerveux, vous me permettrez de discuter l'opinion de l'auteur, savoir si réellement ces filets sont de nature nerveuse. Voici les arguments qu'on peut lui opposer.

S'il existe dans l'organisme un appareil, un système d'organe qui se comporte avec une grande régularité, et dont la distribution soit exactement la même dans tous les animaux, suivant les différents degrés d'organisation, c'est le système nerveux. Le peu d'anomalies qu'on rencontre dans ce système (et encore ces anomalies regardent des branches très secondaires), et sa régularité constante permettent d'assurer que dès le moment qu'un filet nerveux nouveau est rencontré, les anatomistes ont la certitude de le trouver dans la même place, seulement avec des différences de volume.

Le système sympathique seul semble déroger à cette régularité : mais il présente encore quelque chose d'important, c'est que cette irrégularité dépend en grande partie des organes et des vaisseaux sur lesquels il se distribue : il offre cependant cette particularité, c'est que les filaments qui le constituent, se trouvent toujours suivre le tronc des vaisseaux.

Les nerfs qui prennent naissance dans la substance du cerveau appartiennent tous aux organes du sens, ou à l'appareil de la locomotion ; ils offrent de plus un tronc simple ou divisé, diminuent de volume et se ramifient de plus en plus. Ils sont composés d'un grand nombre de fibres qu'on peut isoler par des procédés connus. Le système

sympathique, malgré le dire de *Previranus* ne prend pas naissance dans la glande pituitaire ni dans d'autres parties du centre nerveux ; et si on rencontre quelquefois des filets à la base du cerveau, ces filaments sont toujours placés autour des vaisseaux, sans jamais se perdre ni se fondre dans la substance de l'organe. Voyons maintenant ce que ces faits généraux permettent d'opposer au fait de M. Bennett.

1^o Les branches nerveuses en question naissent de la substance blanche du cervelet ; or des nerfs naissant d'un point quelconque de l'encéphale doivent se rendre aux organes indiqués ; ils doivent en tout offrir le même mode de distribution. Ici, au contraire, nous avons des anastomoses angulaires ; enfin rien qui ressemble aux nerfs de sensation et de locomotion. Reste donc le système sympathique : celui-ci, nous l'avons vu, ne prend pas naissance dans le cerveau ; et toutes les fois qu'on le rencontre dans cette partie, c'est toujours accompagné d'un auxiliaire obligé, les troncs vasculaires. Dans le fait, M. Bennett assure que les filets étaient en contact avec le cervelet. Les nerfs du grand sympathique forment bien quelquefois des anastomoses qui ont quelque ressemblance avec celles du dessin de M. Bennett, mais encore les filets qui les composent sont grisâtres, et leur point de réunion offre une espèce de renflement provenant de l'addition du nouveau filet ; car dans les anastomoses, il n'y a pas de fusion de substance, mais bien addition ou échange de rameaux. Ce fait est contraire sans doute aux opinions des auteurs classiques, il est démenti par Kunenberg d'abord, ensuite par Müller et Valentin. Les filets rencontrés sur le cervelet sont tous de calibre égal, et n'offrent pas le moindre renflement.

Admettons pour un moment que ces filets sont de vrais nerfs, alors ils devraient rentrer de toute nécessité dans

les parties indiquées, être toujours constants dans leur origine, sauf les différences dans le volume : ils devraient également être du côté droit et du côté gauche, et enfin, raisonnant par analogie, ils devraient se trouver dans d'autres parties du cerveau. Or, cet organe a été, dans ces derniers temps, l'objet de tant d'études trop bien faites pour que de pareils filaments eussent échappé aux anatomistes.

Pour compléter la conviction, M. Bennett soumet un de ses filets au microscope. D'après son dire, la texture qu'il présentait est tout à fait semblable à celle d'un filet nerveux examiné par opposition à celui-ci. J'avoue que je n'ai rien à opposer à cette assertion. Seulement je regrette que M. Bennett ne nous ait pas dit quelle était l'opinion des professeurs Bischoff et Tiedemann, après surtout un examen microscopique et l'inspection que ces habiles anatomistes ont dû faire.

En l'absence de toute pièce, je dirai que le fait en question s'éloigne tellement des idées reçues, que s'il était confirmé, il renverserait une grande partie des idées que nous avons de la conception générale du système nerveux. Sans admettre comme démontrée l'observation en question, je pense néanmoins que la Société anatomique doit, à tout événement, l'enregistrer dans ses bulletins.

*Anévrisme de l'aorte pectorale descendante avec paralysie.
Compression de la moelle ; par M. RENAULDIN, interne
des hôpitaux.*

Hanroux (Jean-François), âgé de 56 ans, jardinier, est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Cruveilhier (salle Saint-Ferdinand, 28), le 27 juin 1840.

D'une constitution d'abord assez robuste, mais bien affaiblie depuis 4 ans; militaire pendant 12 ans.

Il y a quatre ans, pneumonie du côté gauche, caractérisée par un point de côté et des crachements de sang; cette affection s'est reproduite du même côté les deux années suivantes (trois pneumonies en quatre ans, toujours à gauche).

A la suite de la troisième dont il a été atteint, il y a deux ans, le malade dit avoir senti une grosseur dans la région dorsale, accompagnée de battements, dont il s'apercevait surtout quand, assis sur une chaise, il s'appuyait sur le dossier. Peu à peu la tumeur a fait des progrès sans empêcher le malade de se livrer à ses travaux de jardinage. Ce n'est que cinq ou six mois après environ qu'il a commencé à sentir dans les extrémités inférieures de l'engourdissement avec fourmillement, surtout dans la jambe droite, ce qui l'a empêché de continuer ses occupations d'une manière aussi régulière, sans cependant le forcer à les suspendre complètement.

Mais cet état de faiblesse augmentant de jour en jour, le malade fut obligé, quelque temps avant d'entrer à l'hôpital, de se servir d'une canne pour marcher, la jambe droite pouvant à peine le soutenir. Il cessa alors complètement ses travaux.

Le malade étant entré à la Charité le 27 juin 1840, il nous a été impossible de l'observer depuis ce moment jusqu'au 1^{er} janvier, époque à laquelle seulement nous avons été attaché au service de M. Cruveilhier. Mais nous avons pu nous procurer des renseignements assez positifs sur les symptômes que le malade a éprouvés pendant ce laps de temps. Nous allons les exposer avant de passer à l'état actuel que nous avons observé et noté nous-même.

Tumeur située à la région postérieure du thorax, du côté gauche, vers l'angle inférieur de l'omoplate, s'étendant jusqu'à l'épine dorsale, présentant des battements

très sensibles au toucher, sans frémissement vibratoire, sans souffle. On n'a pu nous faire connaître le volume et la forme exacte de la tumeur. Matité complète du côté gauche en arrière, depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas. Respiration nulle. OEgophonie à la base. Point de côté très vif au-dessous du sein gauche, augmentant dans les mouvements d'inspiration; le malade ne peut se coucher sur le côté. La tumeur est le siège d'élançements qui se font sentir par intervalles assez éloignés. Paralyse complète du sentiment aux deux extrémités inférieures, avec sensation d'engourdissement, de fourmillements; paralyse incomplète du mouvement; le malade se lève, mais il se soutient à peine, il chancelle et tomberait sans l'aide d'un infirmier qui le retient. Il urine assez bien. Selles naturelles.

Prescription. Saignée, 3 pal.; solut. de gomme, 2 pots; julep gommeux.

Les jours suivants le point de côté diminue, mais l'état de la respiration n'a pas changé. La dyspnée est cependant un peu moindre. Le malade tousse peu et expectore quelques crachats séreux.

Vers le mois de juillet, il se plaint de ne pouvoir uriner. On pratique le cathétérisme pendant 15 jours; puis la facilité de rendre les urines revient, et la sonde devient inutile.

Rien de notable jusque vers la fin du mois d'août, époque à laquelle le malade est incommodé par un froid glacial qu'il éprouve aux jambes et aux cuisses, au point de ne pas sentir une boule d'eau bouillante placée à ses pieds: il se brûle sans le sentir. Ce froid des jambes persiste pendant plusieurs jours, puis la chaleur revient; mais alors elle est telle qu'elle cause au malade la même souffrance que le froid venait de lui faire éprouver.

La tumeur n'a présenté aucun changement appréciable

jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle nous avons noté nous-même l'état actuel ainsi qu'il suit :

4 janvier 1841. État actuel. Affaiblissement et amaigrissement notables. Le malade a de la peine à se mettre à son séant et à s'y soutenir quelque temps. La partie postérieure du côté gauche du thorax nous présente une tumeur située au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, s'étendant en dedans jusqu'à l'épine dorsale. Elle est arrondie au centre, aplatie à sa circonférence. Volume : environ 9 centim. transversalement, 12 $\frac{1}{2}$ centim. de haut en bas. La peau qui la recouvre n'offre pas la moindre altération ; mais la tumeur paraît avoir usé plusieurs côtes pour être venue se loger dans l'endroit qu'elle occupe. Elle est soulevée en masse par des battements très sensibles au toucher, et qui, à l'auscultation, n'offrent aucun bruit anormal. Les deux bruits qu'on entend sont tout-à-fait analogues à ceux du cœur. Pas de frémissement vibratoire.

A gauche en arrière, respiration nulle depuis la fosse sous-épineuse jusqu'à deux pouces de la base du poumon, où on entend faiblement le murmure respiratoire. Matité complète jusqu'à la partie inférieure, où la résonnance revient un peu. La voix vibre mal de ce côté. Au sommet, la respiration s'entend, quoique faible, accompagnée de légers craquements. Dyspnée continuelle. Pouls petit, à 80.

A droite la respiration est bonne partout.

Bruits du cœur normaux.

Les deux extrémités inférieures sont complètement paralysées du sentiment : les piqûres, les pincements ne donnent aucune sensation au malade. Les mouvements ne s'exécutent qu'incomplètement et avec beaucoup de peine ; tout ce que le malade peut faire, c'est de soulever un peu ses membres inférieurs pour les sortir de son lit : ils sont dans un état d'amaigrissement notable. Tantôt il y éprouve un froid très vif, tantôt une chaleur non moins forte l'in-

commode, et il exprime la sensation qu'il ressent en disant que ses jambes brûlent.

Sentiment de compression à l'épigastre, dans les flancs et à la partie inférieure du dos. Il compare la sensation, qu'il éprouve à celle que produit une ceinture serrée autour du corps.

Le malade urine bien ; un peu de constipation.

Prescription. Solution de gomme ; julep avec sirop diacode ; 1/8 d'aliments.

— Rien à noter jusqu'au 15 janvier.

15 janvier. Hémoptysie assez abondante : le crachoir est à moitié plein d'un sang rouge, écumeux, sans mucosités. Sensation de chaleur dans la poitrine. Gêne plus grande de la respiration. Râle sous-crépitant sous la clavicule gauche. Matité assez prononcée en cet endroit. Face pâle et anxieuse. Pouls petit, filiforme. C'est la première fois que le malade crache du sang pur.

Prescription. Saignée de 2 palettes ; julep diacodé, 30 grammes, pector., 2 pots ; diète.

L'hémoptysie se reproduit plusieurs jours après, aussi abondante. Le sang présente les mêmes caractères. Craquement et râle sous-crépitant sous la clavicule gauche, avec diminution de la sonorité.

En arrière à gauche, toujours même absence du bruit respiratoire et matité complète.

6 sangsues sous la clavicule gauche.

Le pouls est petit, à peine sensible, à 80. Même froid aux extrémités.

Sinapismes matin et soir. Looch avec sirop diacode, 30 grammes.

24. Affaiblissement très considérable. Le malade ne peut plus se lever. Il laisse aller sous lui les urines et les matières fécales.

28. Hémoptysie peu considérable : le crachoir contient une cuillerée de sang écumeux, rouge. Chaleur dans la

poitrine. **Dyspnée plus considérable. Râle sous-crépitant** avec matité dans la région sous-claviculaire. Froid très vif des extrémités. **Pâleur du visage.** Pouls petit, à peine perceptible. Appétit nul. Le malade est si faible qu'on n'ose pas tirer de sang.

Sinapismes aux pieds.

Les trois jours suivants le crachement de sang a complètement disparu. L'appétit revient un peu, ainsi que les forces. Mais vers le 2 février, sur le soir, *hémoptysie abondante* avec dyspnée considérable; sensation très vive de chaleur dans la poitrine, derrière le sternum, râle crépissant très marqué, et matité sous la clavicule gauche. La faiblesse extrême du malade ôte toute espèce de ressource pour arrêter l'hémoptysie qui continue les jours suivants, mais d'une manière moins marquée. Le pouls est à peine sensible, l'anxiété est à son comble, enfin le malade expire le 6 février, comme étouffé par le sang qu'il n'a pas la force d'expectorer.

Autopsie cadavérique quarante-quatre heures après la mort.

Examen de la tumeur : 1° dans la région dorsale, après avoir coupé les muscles trapèze et rhomboïde, on voit la tumeur soulever les muscles long-dorsal et sacro-lombaire, écarter les fibres qui, en cet endroit, *présentent un aspect entièrement graisseux*. Les cinquième, sixième, septième et huitième côtes sont dépourvues de leur extrémité vertébrale dans l'étendue de 6 à 8 centim. environ. En arrière on ne peut juger de l'état des vertèbres.

2° Dans la cavité thoracique, à l'ouverture du thorax, on voit le poumon gauche former une sorte de voussure qui indique la présence de la tumeur derrière son tissu. En incisant ce poumon de haut en bas dans toute son étendue, on coupe en même temps la poche anévrysmale presque par son milieu, et le scalpel est arrêté par la résistance



des caillots qui la remplissent. Elle est comme enchatonnée dans le tissu pulmonaire qui se moule sur elle de tous côtés, si ce n'est en arrière et en dedans, où elle repose sur la colonne vertébrale. Les vésicules du poumon sont comprimées, rapprochées au point de ne plus contenir d'air; on n'obtient pas la moindre crépitation.

Si on ouvre l'aorte à son origine, et qu'on y pénètre au moyen du doigt, on arrive bientôt à l'ouverture du sac anévrysmal. Cette ouverture est arrondie, lisse, présente un diamètre de 2 centim.

En haut et à droite de l'ouverture du sac, l'aorte en présente une seconde plus petite; à bords arrondis, lisses, dont le diamètre est de 1 centim., et qui aboutit dans une cavité formée par le tissu du poumon. C'est dans cette cavité, et par cette ouverture, que se rendait le sang qui a produit les diverses hémoptysies auxquelles le malade a succombé. On trouve dans cette poche pulmonaire de petits caillots encore assez frais, adhérents à un tissu complètement infiltré de sang. En suivant les ramifications bronchiques qui aboutissent dans cette poche, on les trouve remplis de petits caillots de sang écumeux.

Forme et volume de la tumeur. Elle est inégalement arrondie; elle présente une grosse extrémité logée dans le poumon gauche, et une moindre que recouvrent les muscles long-dorsal et sacro-lombaire. Le diamètre n'a pas été noté. Mais on peut avoir une idée du volume par le poids du caillot que la tumeur contient: il pèse 545 grammes. Il est formé par des couches fibrineuses qui ont l'aspect de la chair cuite, et dont les plus extérieures sont adhérentes aux parois du sac. Vers son milieu il est constitué par du sang à moitié coagulé, et comme logé dans l'espace que laissent à leur centre les couches fibrineuses.

Siège de la tumeur. Elle est située à l'origine de la portion descendante de l'aorte, c'est-à-dire à 2 centim. du point où la bronche gauche croise en arrière ce gros vais-

seau pour se rendre au poumon, à 3 centim. du nerf récurrent, à 4 centim. au-dessous de la sous-clavière gauche. C'est à 5 centim. environ de l'ouverture du sac qu'on retrouve celle de continuation de l'aorte qui ne présente rien à noter.

Rapports de la tumeur. En avant, en haut et en bas, elle est recouverte complètement par le poumon gauche, dans lequel elle se trouve logée. En arrière et en dedans elle appuie sur la colonne vertébrale, dont elle a détruit quatre vertèbres; et est en rapport avec le médiastin postérieur, ainsi que l'œsophage, qu'elle ne comprime nullement. En arrière et en dehors, elle touche aux côtes dont elle a usé l'extrémité vertébrale.

Parois du sac. A l'intérieur, le sac offre à considérer quelques plaques jaunâtres dont aucune n'est ossifiée. Ni ulcérations, ni perforations. L'épaisseur des parois est de 1 1/2 millim. environ.

État des vertèbres dorsales et de la moelle. Les sixième, septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales sont détruites jusqu'au canal, qui est à nu, et laisse apercevoir les enveloppes de la moelle : les apophyses épineuses sont intactes; c'est la partie gauche seulement du corps des vertèbres qui a disparu.

La dure-mère est adhérente aux parois du sac qui paraît comprimer le cordon rachidien.

La moelle ne présente aucune altération; il est difficile de juger si son volume est moins considérable dans l'endroit où elle paraît comprimée.

Nous n'avons pu observer ni le nerf grand-sympathique ni la petite veine azygos.

Organes respiratoires. J'ai indiqué plus haut l'état du poumon gauche, la manière dont les vésicules étaient comprimées. Les ramifications bronchiques qui s'y distribuent sont remplies de sang écumeux, noirâtre, à demi coagulé. La plèvre du côté gauche est recouverte de fausses mem-

branes jaunâtres, peu adhérentes au poumon, qui paraissent de formation récente. Elle contient deux verres environ de sérosité transparente, verdâtre.

Le poumon droit est tout-à-fait sain.

Organes circulatoires. Le cœur a un volume normal. Ses valvules et ses orifices ne présentent aucune altération.

L'aorte, examinée jusqu'à sa division en iliaques, n'offre à noter qu'une dilatation capable de loger un petit pois, au niveau du tronc cœliaque. Ses parois ne présentent aucune lésion, non plus que celles des artères qui naissent de sa crosse.

Organes digestifs et annexes. Rien à noter. Nous n'avons trouvé aucune trace des nerfs intercostaux dans leur portion correspondante à l'usure de l'extrémité vertébrale des quatre côtes.

Réflexions.

On voit que les lésions anatomiques expliquent parfaitement les troubles fonctionnels observés pendant la vie. Ainsi la paraplégie et la paralysie de la vessie reconnaissent pour cause la compression de la moelle par la tumeur, qui, reposant aussi sur les nerfs intercostaux, faisait éprouver au malade cette sensation de serrement circulaire à l'épigastre, aux flancs et au dos. Ainsi les hémoptysies assez fréquentes étaient produites par le sang, qui, versé de l'aorte dans la poche pulmonaire que nous avons décrite, passait des bronches dans la trachée pour être expectoré aussitôt. La dyspnée continuelle s'explique très bien par la compression, l'aplatissement du tissu du poumon que la tumeur refoulait constamment pour se développer plus à l'aise. La matité complète de la partie postérieure du thorax à gauche était due, d'une part, à la présence de l'anévrisme, de l'autre, à l'absence de l'air dans les vésicules pulmonaires trop resserrées alors pour le laisser pénétrer; enfin à l'épanchement de sérosité peu abondant, il est vrai, qui existait dans ce côté.

L'intérieur des parois du sac est remarquable par le peu d'altération qu'on y rencontre : ainsi ni plaques es-
suses, ni ulcérations, et par conséquent pas la moindre
imminence de rupture dans les organes environnants.

Extrait du rapport de M. OULMONT sur M. RENAULDIN.

Une question d'anatomie pathologique intéressante nous semble dominer dans l'observation précédente, c'est la détermination de l'anévrisme que l'autopsie a révélée. A s'en tenir aux détails précités, il nous serait difficile d'arriver à cette détermination. Selon toutes les apparences, l'anévrisme dont il s'agit est un de ceux auxquels les auteurs ont donné le nom d'anévrisme faux. Le siège de la tumeur, son volume, les énormes caillots qui la distendaient, les caractères de ces caillots suffiraient presque à cette détermination lors même que les orifices supérieur et inférieur de l'anévrisme ne viendraient pas confirmer cette opinion. En effet, un examen attentif de ces ouvertures nous a permis de constater les particularités suivantes : l'orifice supérieur, du diamètre de deux centimètres, se continuait exactement avec le sac environnant; la démarcation était assez distinctement établie par un changement dans l'épaisseur des parois qui était manifestement moindre pour le sac. Ce changement d'épaisseur était assez régulièrement circulaire autour de l'origine du sac. L'orifice inférieur, situé à 5 cent. environ du supérieur, était saillant dans l'intérieur du sac anévrisimal; celui-ci ne venait se continuer, avec la tunique externe aortique qu'à 2 c. environ de cet orifice, et toute la portion saillante n'était formée que par les deux tuniques interne et moyenne, représentant assez bien le goulot d'une bouteille. Du reste, cette ouverture était d'un calibre moindre que l'orifice supérieur.

(La suite au prochain numéro.)

Toutes ces raisons nous semblent suffisantes pour caractériser l'anévrisme. Il resterait à savoir si la dilatation de la tunique celluleuse a été précédée d'une dilatation générale du vaisseau, en d'autres termes, si c'est un anévrisme mixte. Bien qu'ici encore il manque quelques détails dans l'observation de M. Renaudin, nous croyons que la capacité du sac anévrisimal et l'étroitesse des orifices supérieur et inférieur suffisent pour ne pas s'arrêter à cette opinion.

Parmi les particularités intéressantes qu'offre l'observation de M. Renaudin, nous croyons devoir appeler l'attention de la société sur les suivantes :

1° L'auscultation la plus attentive n'a permis de constater aucun bruit particulier, aucune altération des bruits artériels, et ce fait est d'autant plus remarquable que la tumeur était presque superficielle, séparée qu'elle était seulement de la peau par les muscles postérieurs du dos.

2° Il existait à droite de l'ouverture supérieure du sac une autre ouverture plus petite, de 1 c. de diamètre, qui aboutissait à une sorte de caverne pulmonaire, remplie de caillots, et dont les parois étaient infiltrées de sang. Il est évident que c'est la cause des hémoptysies qui ont affligé la fin de la vie de ce malade. Mais qu'est-ce que cette ouverture? comment s'est-elle formée? Est-elle récente? Et quel était le degré d'adhérence des parois environnantes avec le tissu pulmonaire? Ce sont des questions intéressantes qu'il nous est impossible de résoudre.

3° Enfin, hormis l'ouverture que nous venons de signaler, le sac anévrisimal est resté intact dans sa totalité. Il ne paraissait avoir subi aucune lésion, et son épaisseur était la même et dans les points où il était en contact avec les vertèbres, et là où il avoisinait la moëlle épinière. Ce fait est en opposition avec les observations de Hunter et

des auteurs qui ont écrit après lui. Suivant eux en effet, la portion du sac anévrisimal en contact avec les vertèbres se détruit entièrement, et devient adhérente par ses bords à la portion d'os altérée. Dans notre cas, au contraire, bien qu'il ne restât aucune trace des os détruits, le sac était resté entier.



SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N° 4. — (Juin 1841.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSUIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Péricardite aiguë sèche.* — 2. *Insufflation pulmonaire.* — 3. *Croup.*
— 4. *Hernie crurale graisseuse.* — 5. *Nécrose des fosses nasales.* —
6. *Kyste séreux considérable dans l'intérieur du crâne.* — 7. *Emphy-*
sème produit par la perforation spontanée d'une caverne pulmonaire.
— 8. *Dégénérescence fongueuse d'un testicule arrêté dans l'anneau*
inguinal. — 9. *Choléra sporadique.*

1. M. Bourdon présente un exemple de péricardite aiguë : un jeune homme de 16 ans qui avait eu, il y a un an, un rhumatisme articulaire fut pris de nouveau de la même maladie dans ces derniers temps et vint à l'Hôtel-Dieu. On constata bientôt des accidents du côté du cœur : matité, mais peu étendue à la région précordiale, vousseur, frémissement cataire, souffle râpeux au second temps, et pendant quelques jours, bruit de cuir neuf.

Le malade fut saigné neuf fois, et néanmoins il lui survint une pneumonie; il succomba à ces affections. A l'autopsie, on a trouvé toute la face interne du péricarde tapissée par de fausses membranes

qui lui donnaient l'aspect de la surface interne du second estomac des ruminants. Au-dessous de ces fausses membranes, on voit en plusieurs endroits de la rougeur et des arborisations : il n'y avait point d'épanchement, en sorte que c'est un exemple de péricardite sèche. Le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'état habituel ; les parois du ventricule gauche sont légèrement épaissies ; les valvules auriculo-ventriculaires sont saines, les valvules sigmoïdes de l'aorte sont opaques, très flasques et semblent disposées à faire saillie dans le ventricule ; néanmoins M. Bourdon n'a pas constaté d'insuffisance, en sorte qu'il ne trouve pas là l'explication du bruit du souffle que l'on entendait au 2^e temps.

2. M. Depaul fait voir les deux poumons d'un enfant auquel il fut obligé de faire l'insufflation pulmonaire immédiatement après la naissance ; elle a réussi, mais l'enfant est mort dix ou douze jours après d'une autre maladie. Les poumons paraissent à M. Depaul parfaitement sains, et il conclut de ce fait et de trois autres semblables complètement suivis de succès que l'insufflation pulmonaire n'a pas toujours les inconvénients que certains auteurs lui ont attribués, et surtout celui de déchirer les vésicules pulmonaires.

Toutefois M. Piédagnel a pensé, contrairement à l'opinion de M. Depaul que les deux poumons présentés par lui étaient emphysemateux. Il a fait remarquer un grand nombre de petites bosselures à leur surface, et il a insisté sur ce qu'il est presque impossible de constater l'existence ou la non existence d'un emphyseme, si l'on n'a pas fait dessécher les poumons.

3. M. Contour met sous les yeux de la Société les voies aériennes d'un enfant qui a succombé au croup sans avoir été opéré de la trachéotomie. On voit des fausses membranes sur le voile du palais, les amygdales, la face interne du larynx, de la trachée et des bronches jusque dans leurs dernières ramifications. Il y a eu ceci de remarquable, que le jour de son entrée à l'hôpital, cet enfant présentait déjà, depuis quelque temps, les symptômes du croup, et cependant on ne voyait de fausses membranes ni sur les amygdales ni dans le reste de l'arrière-gorge ; ces fausses membranes ne se sont montrées que le lendemain de son entrée ; d'où M. Contour est porté à conclure que peut-être dans ce cas l'inflammation pseudo-membraneuse a marché de bas en haut.

4. M. Chassaignac présente une hernie graisseuse trouvée sur une femme dans la région crurale droite. On voit à la surface du péritoine une tumeur graisseuse, qui partant de là pour se porter dans le

canal crural avait entraîné en bas la portion du péritoine à laquelle elle adhérait, et lui avait fait former une sorte de petite poche dans laquelle plus tard les intestins auraient pu s'engager pour constituer une hernie. La tumeur graisseuse était entourée d'une poché celluleuse qui ressemblait à un sac.

5. *M. Chassaignac* montre encore des portions osseuses nécrosées, les unes extraites, les autres tombées spontanément des fosses nasales d'une femme de 52 ans, atteinte de syphilis constitutionnelle. Il lui semble que l'une de ces pièces qu'il a été obligé d'extraire, est formée par l'os palatin presque entier; du moins elle en a tout-à-fait la forme. Une grande amélioration a suivi l'extraction ou la chute de ces pièces nécrosées.

6. *M. Taignot* présente la base du crâne d'un enfant de 2 ans et demi, qui, à l'âge de quatre mois avait fait une chute sur le côté gauche de la tête, et avait été pris alors de convulsions et de contracture dans les muscles de la partie postérieure du cou. Cet enfant ne s'est pas développé; il a paru complètement privé de facultés intellectuelles, et est venu mourir dernièrement à l'hôpital des enfants malades. On a trouvé qu'une grande partie de la cavité crânienne était occupé par un énorme kyste séreux. La partie supérieure des hémisphères cérébraux, le corps calleux manquent entièrement; il n'existe plus que les diverses parties de la région inférieure de l'encéphale.

7. *M. Lhommeau* fait voir le poulmon droit d'une femme de 37 ans, qui, depuis trois mois avait offert tous les signes d'une phthisie pulmonaire, à l'hôpital Necker dans le service de *M. Bricheteau*. Le 30 mars, elle présenta à la partie antérieure du cou un emphysème qui ne tarda pas à envahir les parties postérieure et antérieure du tronc, ainsi que les deux membres supérieurs: on a trouvé, pour expliquer ce curieux phénomène, une perforation du sommet du poulmon et de la plèvre costale qui était adhérente dans une grande étendue: cette perforation communiquait avec une caverne et avait permis à l'air de s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané en passant entre les muscles du premier espace intercostal.

8. *M. Rendu* raconte qu'un jeune homme de 25 ans fut pris, il y a 35 jours, d'accidents d'étranglement en même temps qu'il existait une tumeur dans l'aîne. *M. Michon* fut appelé, s'aperçut qu'il n'y avait qu'un seul testicule dans le scrotum, et procéda néanmoins, d'après la nature des symptômes à l'opération de la hernie étranglée. Arrivé dans ce qu'on pouvait croire être le sac, il s'aperçut qu'il était

dans la tunique vaginale, et reconnu dans l'anneau inguinal le testicule qui présentait, à sa partie antérieure, une solution de continuité. La tumeur était dure et formée par le testicule arrêté dans l'anneau et enflammé. On ne débrida pas, la plaie fut pansée simplement. Appelé de nouveau il y a cinq jours, M. Michon trouva au niveau de la plaie une tumeur du volume des deux poings, d'apparence fongueuse, saignant avec facilité. Il a dès lors procédé à l'ablation de cette tumeur que M. Rendu met sous les yeux de la Société ; elle est constituée par le testicule et par une masse fongueuse, gorgée de sang, d'apparence encéphaloïde, qui prenait naissance sur la partie antérieure de l'organe.

9. M. *Renauldin* rapporte le fait suivant : Un homme âgé de 60 ans, malade depuis 3 semaines, se présenta à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Cruveilhier, avec tous les symptômes d'une entérite cholériforme, qui s'était annoncée par de la diarrhée, des nausées, des vomissements. Le jour de son entrée, il a 20 ou 24 selles ; autant de vomissements, extrémités froides non cyanosées ; constipation, crampes, voix affaiblie, éteinte. Ces symptômes persistent pendant un mois et déterminent la mort. À l'autopsie on trouve, dans l'iléon, une sorte d'éruption caractéristique consistant dans un développement considérable des follicules isolés qui sont confluenta en quelques points et surmontés d'un pointillé noir abondant. Le gros intestin est sain ; la sécrétion urinaire n'a pas été supprimée. M. Cruveilhier a regardé ce fait comme un exemple de choléra sporadique.

Ont été nommés dans le dernier trimestre :

Membres adjoints.	Membres titulaires.	Membres correspondants.
MM.	MM.	MM.
Renauldin.	Gaubric.	Bennett, d'Edimbourg.
E. Cloquet.	Lambron.	Couturier, de Lyon.
Depuisaye.	Tavignot.	Malherbe, de Nantes.
Lhommeau.	Demeaux.	
De Quevauviller.		
Delastre.		
Belin.		
Ch. Tardieu.		

Hydropisie enkystée de l'ovaire avec néphrite albumineuse.

Observation recueillie par M. E. CLOQUET, interne des hôpitaux.

Le 16 décembre 1840, une femme de 45 ans, journaliste, est entrée à l'hôpital des Cliniques pour se faire traiter d'une hydropisie dont elle est affectée depuis neuf ans.

L'aspect extérieur de cette femme présente les particularités suivantes : taille moyenne, émaciation extrême de la face, des membres thoraciques et de la moitié supérieure du tronc ; les membres inférieurs sont œdémateux, le gonflement est plus sensible à gauche. Les parois de l'abdomen sont également œdémateuses ; l'abdomen est uniformément développé, distendu par un liquide dont on perçoit parfaitement la fluctuation. Il présente de la colonne vertébrale à l'ombilic 18 pouces $1\frac{1}{2}$ (5 décimètres).

On sent, dans le flanc droit et à l'hypogastre, une tumeur arrondie, élastique, large à la base et dont il est difficile de préciser le contour.

Elle a été réglée à l'âge de quinze ans ; depuis cette époque, le flux menstruel s'est montré avec la plus grande régularité ; il a cessé depuis six ou sept mois.

Elle avait déjà eu six grossesses qui toutes étaient parvenues à terme, lorsqu'elle devint enceinte pour la septième fois dans le cours de l'année 1831.

Jusqu'à cette époque elle avait joui d'une santé parfaite ; mais pendant cette dernière gestation, elle remarqua que son ventre avait acquis plus de développement que dans ses grossesses précédentes ; du reste elle n'éprouvait aucune douleur. Elle ne se rappelle aucune circonstance qui ait pu amener ce développement anormal de l'abdomen ; elle se souvient seulement, qu'exerçant, à cette époque, la profession de marchande ambulante, elle avait fait souvent de longues courses et s'était beaucoup fatiguée. Quoi qu'il

en soit, elle accoucha, le 28 mars 1832, à terme, d'un enfant qui vit encore aujourd'hui. Les suites de couche furent normales, l'allaitement facile : la mère nourrit l'enfant pendant cinq ans.

Toutefois, après l'accouchement, le ventre n'était pas revenu à son volume ordinaire; le gonflement indolent persista pendant six ans au bout desquels il augmenta d'une manière plus marquée. En même temps se manifestèrent des douleurs lancinantes qui se faisaient sentir dans tout l'abdomen, mais plus spécialement vers l'hypochondre droit; ces accidents furent combattus avec des tisanes dont la malade ne peut indiquer la composition, et qui ne paraissent être ni purgatives, ni laxatives.

Le volume de l'abdomen augmentant malgré l'emploi de ces moyens, une ponction fut pratiquée à Orléans un an après l'apparition des douleurs; deux autres furent successivement pratiquées à six mois d'intervalle. Chacune de ces trois opérations donna lieu, au dire de la malade, à un écoulement considérable de sérosité; cependant le ventre ne revint jamais à son volume naturel. Mais après la première ponction, les douleurs cessèrent et elles ne reparurent jamais par la suite.

Au printemps de 1840, la malade entra dans le service de M. Bouillaud, à la Charité; indépendamment du gonflement du ventre, elle était affectée d'une diarrhée assez opiniâtre; on examina les urines; et, d'après son rapport, elles donnèrent un précipité blanc grisâtre par l'acide nitrique et la chaleur. Une quatrième ponction fut alors pratiquée; douze jours après son entrée, la malade sortit de l'hôpital; le ventre avait sensiblement diminué de volume, l'état général était satisfaisant.

Mais la diarrhée et le gonflement abdominal ne tardèrent pas à reparaitre; aussi le 16 décembre, la malade entra-t-elle à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. J. Cloquet, remplacé par M. H. Larrey.

Cinq à six jours après son arrivée, une cinquième ponction fut pratiquée; elle donna lieu à une évacuation de vingt-six litres de liquide, et fut suivie d'un grand soulagement. La diarrhée céda à l'usage de l'eau de riz.

Le 7 janvier 1841, je trouvai la malade dans l'état suivant :

Bouche sèche et pâteuse; langue rose; soif vive, inappétence; pas de douleurs à l'épigastre et dans l'abdomen; diarrhée, deux à trois selles par jour, peu abondantes.

La malade ne ressent pas de douleur dans l'hypochondre droit; jamais elle n'a eu d'ictère, jamais les fonctions de l'organe sécréteur de la bile n'ont paru altérées.

Elle n'éprouve ni douleur, ni gêne à l'hypochondre gauche; elle n'a jamais eu de fièvres intermittentes.

La percussion de l'abdomen donne partout un son mat, excepté au-dessous de l'appendice xyphoïde où la sonorité dessine assez bien le trajet du côlon transverse.

Il n'y a pas d'altération notable dans la fréquence et dans la quantité des urines; leur couleur est naturelle, mais *elles donnent lieu, par l'action de l'acide nitrique et de la chaleur, à un précipité assez abondant d'albumine*. Cette dernière circonstance fait porter mon attention sur l'état des reins. Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs lombaires; la pression de la paroi postérieure de l'abdomen correspondant aux reins ne détermine pas de sensation douloureuse. Cette femme assure n'avoir jamais été adonnée à l'ivrognerie, n'avoir jamais ressenti de douleurs rhumatismales; mais de 1836 à 1840, elle demeurait à Orléans dans un endroit bas et humide; exerçant également, à cette époque, la profession de marchande ambulante, elle était fréquemment exposée aux intempéries atmosphériques.

Depuis quelques jours, la malade est affectée d'une bronchite légère.

Elle n'a jamais éprouvé de battement de cœur; l'impulsion de cet organe est plus faible que dans l'état normal.

La percussion donne une sonorité très grande dans toute l'étendue de la poitrine; le foie remonte jusqu'au cinquième espace intercostal.

Râles sonores, graves dans toute la cavité thoracique.

Prolongement du premier bruit du cœur.

70 pulsations égales, régulières et médiocrement développées.

Prostration extrême du système musculaire.

Intégrité parfaite des fonctions cérébrales; nulle tendance à l'assoupissement.

Les règles ont cessé depuis six ou sept mois ainsi que je l'ai noté plus haut; aucun écoulement morbide ne se fait par le vagin. Les fonctions des organes génitaux ne présentent pas d'altération. Le toucher vaginal indique seulement le développement du col dans le sens longitudinal; le toucher rectal permet de constater que l'utérus est assez volumineux.

La présence de l'albumine dans les urines, l'œdème des extrémités inférieures indiquaient l'existence d'une maladie de Bright. Mais était-ce à l'altération des reins qu'il fallait rapporter l'hydropisie dont la malade était affectée depuis neuf ans? Telle était la question qui se présentait après l'examen dont je viens de rapporter les principales circonstances.

L'ancienneté de l'affection devait déjà jeter du doute dans l'esprit de l'observateur, car, d'après les faits connus, la maladie de Bright n'a pas en général une durée aussi longue.

D'un autre côté, la concomitance d'une grossesse avec l'apparition de l'hydropisie, devait appeler l'attention sur les organes génitaux. Or le toucher vaginal et rectal ne donnait aucune indication; la menstruation avait toujours été normale, elle n'avait cessé qu'à l'âge de 44 ans, la grossesse s'était heureusement terminée. Mais alors que l'abdomen était peu distendu, surtout dans les jours qui

suivirent la ponction pratiquée par M. Larrey, on sentait, dans le flanc droit et à l'hypogastre, une tumeur qui vraisemblablement ne pouvait appartenir qu'à l'ovaire. C'était du reste le seul signe d'une altération de cet organe.

Limnade nitrée; vin de Bagnol; potion gommeuse.

Lavements opiacés; compression sur l'abdomen et les membres inférieurs.

Deux soupes; régime maigre.

Du 7 au 24. La diarrhée continue; l'œdème gagne les parties extérieures de la génération; le ventre augmente de volume; la peau s'éraille en plusieurs points. Intégrité des facultés intellectuelles.

27. Dans la nuit, la malade vomit une partie de ses aliments, elle éprouve une vive douleur à l'épigastre.

La diarrhée reparaît; des selles involontaires accompagnent l'émission des urines.

Intégrité des facultés intellectuelles.

Prostration extrême.

Diète; potion gommeuse avec 5 décigrammes d'extrait gommeux d'opium.

28. Les vomissements continuent; ils se succèdent à intervalles rapprochés; ils sont de nature bilieuse et glaireuse.

L'absence totale des selles a remplacé la diarrhée.

Potion éthérée. Vésicatoire à l'épigastre.

29. Continuation des vomissements et des douleurs épigastriques.

La malade est plongée dans un assoupissement continu dont on ne la fait sortir qu'avec peine. Elle répond du reste avec justesse aux questions qui lui sont adressées; elle a le pressentiment d'une mort prochaine.

30. La malade meurt à 3 heures du matin.

AUTOPSIE, le 31 à midi.

La mensuration de l'abdomen donne les résultats suivants:

D'une épine iliaque inférieure et supérieure à l'autre,

16 pouces 3 lignes (44 centimètres); de la colonne vertébrale à la ligne blanche, à trois pouces au-dessus de l'ombilic 21 pouces, (57 centimètres); de l'appendice xyphoïde au corps du pubis, 14 pouces 6 lignes (39 centimètres).

La cicatrice ombilicale est complètement effacée; la surface antérieure de l'abdomen présente les plaies et éraillures dont j'ai parlé plus haut.

Une ponction pratiquée à la partie inférieure gauche, à trois pouces environ au-dessus du pli de l'aîne, donne lieu à une évacuation de 14 litres 1/2 de liquide. La première moitié est constituée par de la sérosité mêlée de flocons albumineux et de fausses membranes molles, non organisées; la seconde moitié, par du pus d'apparence presque phlegmoneuse, sans mélange de gaz, parfaitement lié, visqueux, exhalant l'odeur propre à tous les liquides qui séjournent dans l'abdomen.

Cette évacuation faite, on sent facilement à l'hypogastre et un peu à droite, une tumeur arrondie, non pédiculée, présentant cinq pouces environ dans le sens vertical, à partir du bord supérieur du pubis. L'on sent également tout le paquet intestinal qui s'est logé dans l'hypochondre gauche; la paroi abdominale antérieure arrive facilement en contact avec le rachis.

Cette paroi antérieure étant incisée avec précaution, l'on tombe sur les parois d'un énorme kyste dans la description duquel je vais entrer avec quelques détails.

L'ovaire droit a complètement disparu; le ligament ovarien du même côté présente 6 centimètres de longueur, 1 centimètre de largeur à sa partie moyenne.

Il vient se perdre dans la paroi postérieure d'un kyste qui remplit presque toute la capacité de l'abdomen. Ce sac a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure. En haut et à droite, il adhère à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire; à gauche, il est en rapport avec le paquet intestinal qui le sépare de la rate; en arrière, il re-

couvre les reins, la colonne vertébrale et les gros vaisseaux ; mais étant plus développé à droite qu'à gauche, il ne contracte qu'un rapport éloigné avec le colon descendant et le rectum, ce qui explique l'absence de trouble dans la défécation ; en bas, il appuie sur le sommet de la vessie. En avant enfin, le grand épiploon, qui du reste est totalement dépourvu de graisse, a contracté par ses deux faces des adhérences, d'une part, avec le péritoine de la paroi abdominale, d'autre part, avec le péritoine qui recouvre la face antérieure du kyste ; cette disposition ne se retrouve pas dans la portion inférieure où le kyste et la paroi abdominale adhèrent directement l'un à l'autre. Du reste ces adhérences ne présentent pas dans tous les points la même densité. Les points où elles sont le plus épaisses correspondent-ils aux ponctions antécédentes ? Cette opinion me semble probable, mais je n'ai pu en vérifier l'exactitude.

La surface antérieure du kyste est partout lisse et polie ; de la partie latérale, inférieure droite, naît une tumeur marronnée, offrant 16 centimètres dans son plus grand diamètre ; elle est molle, rénitente, transparente et paraît logée dans un dédoublement de la paroi du kyste. Elle semble remplie d'une humeur visqueuse et gélatineuse ; je ne l'ai pas ouverte pour la conserver dans son intégrité. La place et le volume indiquent que c'est elle que l'on sentait à travers la paroi abdominale. A quelques pouces au-dessous et en dedans de cette tumeur, les parois du kyste offrent un réseau veineux très abondant, dont les ramifications ne tardent pas à se rendre dans les veines ovariennes du côté droit, qui sont elles-mêmes très dilatées.

La surface interne du kyste offre l'aspect des membranes muqueuses ; elle est tapissée, dans une grande portion de son étendue, par une fausse membrane jaunâtre que l'on isole facilement dans quelques points, qui adhère fortement dans d'autres. Dans cette cavité proémine la tumeur précédemment décrite et de laquelle s'élève une petite tumeur

marronnée, pédiculée, tout à fait analogue, par son aspect, sa structure et son volume, à quelques autres tumeurs que l'on observe également sous la fausse membrane. Ces tumeurs au nombre de quatre, sont constituées par des agrégats de kystes remplis d'une matière gélatiniforme jaunâtre et rougeâtre; j'ai rencontré dans un de ces kystes un petit abcès, dans un autre un corps transparent, analogue au cristallin et qui me paraît formé par l'humeur gélatineuse condensée.

L'épaisseur des parois du kyste varie de une ligne à une demi-ligne. Elle est plus grande en avant qu'en arrière; ce qui tient à l'absence de la fausse membrane dans la portion postérieure et à l'épaississement du péritoine dans la portion intérieure.

Du reste, cette tumeur me semble offrir un exemple des deux formes principales qu'affectent les kystes simples de l'ovaire. En effet, le kyste le moins considérable paraît être développé entre la membrane fibreuse et la séreuse; le kyste le plus étendu dans la cavité de la fibreuse elle-même. Mais je ne crois pas que dans le principe les parois de ce kyste eussent l'épaisseur qu'elles offrent actuellement, et en cela elles me paraissent présenter une disposition analogue à celle des sacs anévrismaux. Il est probable que la membrane interne du kyste a sécrété une fausse membrane qui n'a pas tardé à revêtir le caractère des muqueuses accidentelles; à cette fausse membrane s'est surajoutée une seconde, et ainsi de suite jusqu'à la fausse membrane encore inorganisée qui tapissait le sac et qui, dans quelques endroits déjà, avait contracté d'intimes adhérences. Cette disposition s'observe facilement dans une section nette des parois du kyste; il n'est même pas très difficile de séparer les divers plans superposés et qui adhèrent d'autant plus qu'on les examine plus près de la surface extérieure.

Ainsi le développement des parois de kyste paraît s'être fait d'une manière concentrique; je rappelle seulement

ici qu'à la partie antérieure, les parois étaient encore fortifiées par les adhérences et l'épaississement du péritoine.

L'utérus est légèrement dévié à gauche; il est volumineux et offre les dimensions suivantes :

Diamètre transverse au niveau de l'origine des trompes : 6 centim. 5 mill.

— transverse le plus considérable 10 centim. 5 mill.

— vertical 9 centim.

— antéro-postérieur 3 centim. 7 mill.

Épaisseur de la paroi antérieure 2 centim. 5 mill.

La lèvre postérieure du museau de tanche est indurée.

La trompe du côté droit offre 23 centim. de longueur : elle adhérerait probablement à un des points du kyste; mais l'adhérence s'est détruite pendant l'autopsie. Les annexes utérins du côté gauche sont dans l'état normal.

Reins. — Les deux reins n'ont augmenté ni de poids, ni de volume; leur consistance est normale.

La membrane propre adhère à la substance corticale, d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la scissure.

Le rein droit est jaunâtre, anémique; il présente dans sa substance corticale un grand nombre de petites ecchymoses.

Le rein gauche offre une coloration moins jaune que le précédent; sa surface extérieure présente quatre ecchymoses d'un rouge foncé.

Dans les deux reins la substance tubuleuse est d'un rouge brunâtre; du reste, les deux substances sont restées dans leurs proportions normales.

La partie supérieure des uretères est dilatée. La vessie n'offre rien de particulier.

Poitrine. — Traces de pleurésies anciennes à droite et à gauche.

Les bronches sont remplies de mucosités.

Les parois du ventricule gauche ont augmenté d'épaisseur, sans que la cavité soit notablement rétrécie.

Le cercle tendineux de Lower correspondant à l'orifice

aortique, paraît hypertrophié, sans avoir éprouvé de dégénérescence.

Cerveau. — Les cavités sous-arachnoïdiennes de la base contiennent deux cuillerées $1\frac{1}{2}$ de sérosité, les ventricules, une cuillerée.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité est oedémateux.

Veines. — Les deux veines iliaques externes, le tiers supérieur des deux veines crurales et des deux saphènes internes contiennent des caillots qui n'ont contracté d'adhérences que dans la veine iliaque gauche. La membrane interne de ces veines ne présente aucune trace d'inflammation ; elle est pourtant lisse et jaunâtre.

Les autres organes n'offrent rien d'important à noter.

Il me reste peu de réflexions à placer ici ; la marche naturelle des faits et des idées a successivement amené, dans le cours de l'observation, la plupart de celles qui se sont présentées à mon esprit. Il me semble évident que des deux affections dont l'autopsie a révélé la présence, la maladie de Bright a été secondaire. L'état peu avancé des altérations des reins, la consistance normale, l'absence d'hypertrophie de ces organes en sont la preuve.

Quant à l'œdème des membres inférieurs, trois causes ont pu le produire : la présence de la tumeur enkystée dans l'abdomen, la maladie de Bright et la coagulation du sang dans les veines iliaques, fémorales et saphènes. Mais d'une part, cet œdème datait depuis deux mois au moins, à ma connaissance ; d'autre part, la coagulation du sang était récente, à tel point que le caillot n'était pas organisé et avait à peine contracté quelques adhérences dans la veine iliaque gauche. Il est donc probable que cet œdème dépendait d'une des deux altérations principales et que la coagulation du sang ne s'est produite que comme phénomène ultime, ainsi qu'on l'observe à la fin de certaines fièvre typhoïdes, phthisies pulmonaires, etc.

Extrait du rapport de M. E. BOUDET sur l'observation précédente.

Suivant l'auteur de l'observation, on pourrait, dans le cas précédent, attribuer l'œdème à plusieurs lésions, à la néphrite, à la tumeur abdominale, à la coagulation du sang dans les veines. Se fondant sur l'altération des reins qui paraît récente, sur l'état des caillots veineux non encore adhérents, et d'un autre côté, sur l'ancienneté de la tumeur, il attribue l'infiltration séreuse exclusivement à l'hydropisie enkystée.

Je crois qu'ici j'aurais tort d'être entièrement de son avis. En effet, il a négligé une quatrième cause qui devait, elle aussi, avoir une certaine influence; je veux parler de l'épaississement du cercle tendineux de Lower, épaississement qui équivalait à un rétrécissement de l'aorte à son origine, et de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Cette maladie qui était ancienne, qui s'accompagnait pendant la vie d'un prolongement du premier temps, devait avoir contribué pour sa part à l'infiltration séreuse; mais évidemment sa cause principale résidait dans la compression exercée sur les troncs veineux, compression rendue manifeste par la présence de caillots commençants dans les veines de la partie inférieure du membre. L'autopsie nous en fournit une preuve évidente.

Le liquide renfermé dans le kyste était en partie séreux, en partie purulent. C'est à cette sécrétion que doit être attribuée principalement la mort de la malade; c'est par l'inflammation du kyste à la surface péritonéale ou à sa face interne que périrent presque tous les malades atteints d'hydropisie enkystée.

En effet, ne voit-on pas de ces tumeurs exhaler sans danger pour les malades, d'immenses quantités de sérosité, 2,000 litres, et plus, en un certain nombre d'années: cette sécrétion finissant, pour ainsi dire, par devenir physiolo-

gique, n'empêche pas la santé de demeurer florissante : mais qu'au contraire, la muqueuse accidentelle vienne à s'enflammer et à sécréter du pus, aussitôt de graves accidents se manifestent, l'économie épuisée par une suppuration abondante s'affaiblit rapidement ; les muqueuses voisines entrent en communauté de sympathie avec cette muqueuse nouvelle ; l'intestin s'irrite, la fièvre s'allume, et la mort arrive bientôt ; aussi est-il du devoir du médecin d'avoir toujours les yeux fixés sur ces productions accidentelles, comme il les aurait sur l'intestin ou la membrane interne des bronches, afin de maintenir dans un juste équilibre ces fonctions sur-ajoutées dont les dérangements peuvent entraîner des désordres funestes. — Mais malheureusement dans ce cas, les efforts de l'art sont le plus souvent impuissants ; dès-lors il faut chercher plutôt à prévenir la maladie qu'à la guérir.

Or, si de l'examen anatomique de cette tumeur nous passons à l'étiologie des hydropisies enkystées en général, nous ne trouvons qu'opinions contradictoires, assertions hasardées, rien enfin de positif et de rassurant.

Suivant la plupart des auteurs, elles sont infiniment plus communes chez les femmes qui ont eu des enfants : suivant Springel, elles sont plus fréquentes chez les religieuses et les célibataires.

Il est certain que, quoique plus fréquente chez les femmes qui ont mené à terme une ou plusieurs grossesses, cette maladie peut exister dans des circonstances opposées.

Ainsi l'hydropisie enkystée de l'ovaire peut se rencontrer chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants et n'ont même jamais fait de fausses couches : j'en possède un exemple remarquable. Il s'agit d'une femme de 42 ans qui m'a présenté récemment la maladie en question, quoiqu'elle fût exactement dans les conditions que je viens d'indiquer.

Même incertitude pour la prédisposition de tel ou tel ovaire : suivant les uns, le droit est plus souvent affecté ; suivant d'autres, c'est le gauche. Et cela ne dépendrait-il pas, dit l'illustre fauteur des *Adversaria anatomica*, du plus long trajet imposé à la veine ovarique de ce côté.

Quoi qu'il en soit, cette maladie est une des plus communes qu'on puisse rencontrer : qu'on me permette d'en citer un exemple. J'ai examiné au hasard les organes génitaux de 12 femmes de la Salpêtrière mortes d'affections tout à fait étrangères à celle qui nous occupe, et voici quels résultats j'ai obtenus.

Sur 12 individus de 50 à 85 ans, quatre fois il existait des kystes ovariques, une fois les ovaires étaient atrophies, sept fois il n'y avait aucune altération.

Dans les quatre cas où il y avait des tumeurs, elles existaient deux fois des deux côtés, deux fois d'un seul, savoir, une fois à droite, une fois à gauche.

L'utérus était malade dans cinq cas, deux fois seulement cet organe et l'ovaire étaient affectés en même temps et encore dans un cas seulement il y avait des tumeurs ovariques, dans l'autre, les ovaires étaient seulement atrophies.

Ces altérations consistaient pour l'utérus deux fois dans un cancer, deux fois dans des tumeurs fibreuses, une fois dans une ulcération.

Certes ces chiffres ne sont pas assez nombreux pour donner un résultat d'une grande importance. Cependant ils m'ont paru dignes d'attirer votre attention, ne fût-ce que pour vous engager à les confirmer ou à les infirmer par des remarques subséquentes.

Le diagnostic est aussi un écueil pour beaucoup de praticiens même fort expérimentés.

En effet, les ovaires sont si mobiles, entourés d'organes qui changent de forme, de position, de volume avec une si déplorable facilité ; leurs troubles fonctionnels sont si

profondément obscurs qu'il n'est pas étonnant que la symptomatologie de ces affections offre beaucoup d'incertitude. Que d'erreurs de diagnostic consignées dans les annales de la science ! Elles fourmillent ; mais on peut se tromper de plusieurs manières ; tantôt on croit avoir affaire à une autre maladie, quand c'est une hydropisie enkystée ; ainsi on a cru à une ascite, à une grossesse ; cette méprise peut être grave.

M. Bricheteau rapporte que dans un cas on soupçonnait une grossesse ovarique ; on opéra ; la malade mourut : c'était une hydropisie enkystée.

Tantôt c'est l'inverse ; on croit avoir affaire à une hydropisie enkystée quand c'est une autre maladie ; ainsi, suivant M. Taignot, on crut dans un cas qu'il s'agissait d'une hydropisie enkystée ; on ponctionna ; c'était une grossesse normale, il y eut avortement ; la mère mourut.

Dans quelques circonstances, comment reconnaître si on a sous les yeux une distension de l'ovaire ou une hydropisie de la trompe, du genre de celles dont la *Bibliothèque anatomique de Munich*, Siebold, Cyprianus et Rolfaik rapportent des exemples et où la quantité de liquide s'élevait jusqu'à 112 livres.

Bright cite un cas où une tumeur ovarique était presque entièrement remplie de gaz ; elle communiquait avec l'intestin par une perforation, comment alors ne pas croire à une tympanite ?

Tantôt il s'agit d'une hydropisie considérable de l'utérus avec oblitération presque complète du vagin, présentée à l'Académie de Médecine par M. Dumas.

Et même quand la tumeur est bien caractérisée et reconnue, comment discerner, dans quelques circonstances, les maladies concomitantes de l'hydropisie enkystée et dont les symptômes en imposent pour les siens ? témoin le cas suivant que j'ai observé en 1837, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Chomel.

« Femme de 50 ans, inflammations abdominales indépendantes de couches, répétées cinq fois depuis deux ans; irrégularité des règles datant de la même époque; depuis 20 jours, vomissements, douleurs abdominales, tumeur au bas-ventre avec fluctuation, diarrhée, amaigrissement. On diagnostiqua : hydropisie enkystée de l'ovaire avec péritonite consécutive. »

« A l'autopsie, deux tumeurs ovariennes, l'une multiloculaire et très grosse formait la masse appréciable à l'extérieur, l'autre très petite, multiloculaire aussi, appartenait à l'ovaire gauche. La fin de l'intestin grêle et le gros intestin présentaient des masses encéphaloïdes pédiculées dont quelques-unes traversant les membranes intestinales, s'étaient logées dans le péritoine et avaient déterminé une inflammation. »

Il était naturel, dans ce cas, de rapporter la péritonite qui se développait à la tumeur présumée ovarienne. En effet, il arrive fréquemment de voir ces productions organiques déterminer des inflammations de la séreuse abdominale. L'amaigrissement s'expliquait très bien de la même manière, la diarrhée pouvait être sympathique, et cette explication était d'autant plus plausible que l'opium l'arrêta promptement. Ainsi, il était presque impossible de ne pas commettre une erreur de diagnostic; c'est ce qui a eu lieu.

Et enfin, comment reconnaître une foule de particularités importantes; distinguer un kyste uniloculaire d'un multiloculaire? J'ai vu Dupuytren ponctionner une tumeur qu'il avait dit être une hydropisie enkystée de la première espèce, il ne sortit rien par la canule; la malade mourut. Il s'agissait d'une tumeur cloisonnée, gélatineuse.

Cependant il existe des signes précieux, et dans un bon nombre de cas, on peut reconnaître la nature de la ma-

ladie. Depuis longtemps déjà l'examen de l'état général du malade avait fixé l'attention des observateurs.

Voici quels signes donne David Mauchard dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, pour distinguer les hydropisies enkystées des autres tumeurs abdominales.

(Il s'agit des femmes atteintes d'hydropisies enkystées.)

« Ces hydropiques ne pâlisent pas ; elles conservent plutôt la couleur rosée de leurs joues, elles n'ont point les pieds tuméfiés, en sorte que ces parties maigrissent plutôt avec les autres parties des autres membres et le corps, quoique leur abdomen grossisse chaque jour. Si elles portent longtemps ce fardeau sans une lésion notable des fonctions, si elles ont bon appétit, si elles ne sont pas altérées, si elles ne toussent pas, si le ventre fait ses fonctions, si l'urine est naturelle, si la masse abdominale ne cède ni aux purgatifs ni aux diurétiques, si le mal tire son origine d'un accouchement difficile, d'une couche malheureuse ou d'un avortement, s'il n'existe point de signes de cachexie, elles sont toujours atteintes d'une hydropisie de l'ovaire nommée enkystée ou kystique. » (David Mauchard, Eph. N. G. ch. 8, obs. 14, d'après Morgagni, t. VI, p. 178.)

Ces préceptes n'ont aujourd'hui, après tant de travaux, rien perdu de leur importance.

Voilà pour le diagnostic. Et le traitement ! Encore plus d'incertitude et de divergence d'opinions. Cependant la nature nous a montré l'exemple dans plusieurs cas. Deux fois (Dubreuil, Addison) la tumeur s'est vidée dans l'abdomen et les malades ont guéri ; le même résultat a été obtenu de l'évacuation spontanée par l'intestin. L'art n'a pas voulu suivre ces procédés, il a préféré l'évacuation du liquide par ponction ou incision suivies ou non d'injection ou d'extirpation. Pas une de ces méthodes qui n'ait réussi ; pas une qui n'ait amené fréquemment la mort.

C'est qu'il n'y a pas deux tumeurs qui se ressemblent,

C'est que les indications varient à l'infini, c'est qu'il faut, avant de porter le trocart ou le bistouri, savoir à quoi on a affaire. Comment espérer guérir par incision un kyste encéphaloïde, ou par ponction une tumeur multiloculaire?

Je n'ai pas eu la prétention de présenter le tableau complet de nos connaissances sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Je crois, qu'après de longues recherches, je ne serais arrivé à aucun résultat positif si j'en juge d'après celles auxquelles je me suis livré. Je désirerais seulement appeler l'attention sur ce qu'il reste à faire. Quelle est sur cette maladie l'influence des grossesses répétées? des accouchements pénibles? des maladies de l'utérus? Les vierges en sont-elles préservées? l'allaitement trop abondant, trop prolongé, peut-il agir comme cause prédisposante? La mauvaise nourriture, les fatigues, une constitution faible exercent-elles une influence appréciable? La suppression des règles est-elle dans le même cas?

Les causes physiques ont-elles une grande importance dans la production de l'hydropisie enkystée? J'ai vu plusieurs malades rapporter à un coup l'origine de leur tumeur, cette manière de voir est-elle juste?

Enfin quelle est la fréquence de cette maladie dans l'enfance, la jeunesse, l'âge mûr et la vieillesse?

J'en ai rencontré de fréquents exemples chez les adultes et surtout les vieillards; sur 145 autopsies de jeunes filles de 2 à 15 ans, j'ai trouvé quelquefois des kystes de l'ovaire, mais jamais de tumeurs un peu volumineuses et dignes du nom d'hydropisies enkystées.

Quant au diagnostic, de quelle importance ne serait-il pas de reconnaître le siège et l'origine de ces tumeurs, ensuite leur nature maligne ou bénigne?

Quelle différence pour le pronostic et le traitement entre une simple poche séreuse à parois minces, uniloculaires, et un kyste épais cloisonné, garni des tissus les plus envahissants, les plus dangereux, comme le squirrhe et l'en-

céphaloïde, entre une production libre et flottante et une tumeur partout faisant corps avec les organes voisins?

C'est surtout pour le traitement que ces données sont importantes. Dans tel cas, une ponction a déterminé la mort, dans tel autre, 2 ou 300 ponctions n'ont produit aucun accident : ici une injection d'eau miellée (Marjolin) est suivie d'accidents funestes, là une injection irritante amène une prompte guérison (Gigon).

Dans un cas, l'extirpation complète d'une tumeur énorme réussit (West), dans un autre, une simple incision cause la mort.

Il ne s'agit plus de vanter tel ou tel procédé, telle ou telle méthode; il s'agit de bien déterminer quand il convient d'opérer, quand, de laisser la tumeur à elle-même, quand d'employer tel procédé, quand d'essayer tel autre; il n'y a pas une méthode qui ne soit détestable appliquée à tous les cas.

Il faut maintenant chercher, par un examen sévère et une analyse minutieuse, à établir des divisions bien tranchées entre les différentes espèces, afin de pouvoir appliquer à chacune des moyens susceptibles de réussite.

Asphyxie produite par le passage des deux nerfs récurrents à travers une dégénérescence encéphaloïde du corps thyroïde. Par M. GAUBRIC, interne des hôpitaux.

Marie Fauvin, âgée de 56 ans, couturière, fut admise, dans les premiers jours du mois de février 1841, à l'hospice de la Salpêtrière, comme incurable. Elle était affectée d'un cancer de l'utérus et portait au niveau du tiers supérieur de la jambe gauche une volumineuse tumeur.

Le jour même de son entrée à l'hospice, elle fut obligée de passer à l'infirmerie pour une suffocation qui par mo-

ments la fatiguait beaucoup. Nous la vîmes pour la première fois le 6 février. L'utérus et le genou la faisaient peu souffrir, et, comme je n'aurai plus occasion d'en parler, je dirai tout de suite que l'autopsie permit de constater l'existence d'un cancer ulcéré du col de l'utérus, et une dégénérescence encéphaloïde du tiers supérieur du tibia et du péroné.

Toute notre attention se porta nécessairement sur les accès de suffocation. Ces accès survenaient quelquefois sans cause appréciable ; d'autres fois à la suite d'un redressement brusque du cou ; tantôt pendant *les repas*, tantôt, le plus souvent même, quand on palpa la région antérieure du cou. Ces accès, dont le nombre était chaque jour variable, duraient depuis 1 jusqu'à 5 minutes, rarement davantage ; l'inspiration était sifflante, prolongée ; l'expiration longue, difficile et chaque fois accompagnée d'une toux très sèche, brusque et sonore, ces deux mouvements n'étaient point accélérés (20 inspirations par minute) ; puis les accès cessaient spontanément et toujours plus vite si la malade buvait quelques cuillerées d'une potion éthérée. Pendant les accès, le visage, le cou offraient tous les signes qui accompagnent la gêne de la respiration. Auscultée et percutée avec soin, la poitrine ne put rendre aucun compte de ces accès ; leur cause était ailleurs et nous crûmes la trouver dans un développement exagéré du corps thyroïde.

La malade portait en effet à la partie antérieure du cou, au-dessus du larynx, au-devant de la trachée, une tumeur oblongue transversalement, dont le bord inférieur était éloigné d'un pouce environ (0^m 027) de la fourchette sternale. Son diamètre transversal avait deux pouces environ (0^m 054) et le vertical, un pouce et demi (0^m 040). Elle faisait une saillie très prononcée en avant, sur la ligne médiane et sur les côtés. Ses parties latérales étaient recouvertes par les faisceaux sternaux des muscles sterno-cléido-

masloïdiens, d'une consistance pâteuse et partout égale; la meur n'offrait aucun battement, aucun frémissement, nulle trace de fluctuation; la peau qui la recouvrait était légèrement tendue, mais saine et mobile.

Cette tumeur datait de 6 mois. Survenue à la suite du cancer de l'utérus et de la tumeur du genou gauche, sans cause appréciable comme les deux premières, elle avait progressivement augmenté de volume. Chose remarquable! au mois de décembre où elle avait acquis le plus d'extension et faisait le plus de saillie, elle n'avait encore déterminé aucun accès; tout se réduisait à la gêne de son poids. Depuis le mois de décembre, la tumeur s'est aplatie, a paru diminuer de volume, et le 15 janvier, les accès se sont manifestés pour la première fois. Sans être exagéré, ne peut-on pas attribuer aux aponévroses cervicales cette influence sur la marche de la tumeur?

En nous appuyant sur les caractères propres à la tumeur et la nature des affections auxquelles elle succédait, nous pensâmes que le corps thyroïde avait éprouvé une augmentation dans son volume et sa consistance, et qu'il avait probablement subi une dégénérescence encéphaloïde. Et comme cette tumeur permanente donnait naissance à des accès de suffocation; comme ces accès survenaient toutes les fois que la malade redressait brusquement le cou; que par la palpation ou l'application du stéthoscope on repoussait vers la colonne vertébrale le corps thyroïde; que ces accès ne se reproduisaient pas tant que la malade immobile tenait son cou légèrement fléchi, nous pensâmes que la tumeur, agissant comme un obstacle mécanique, comprimait les nerfs pneumo-gastriques et, dans ce cas seulement, entraînait les accès; nous prîmes même que la compression pouvait bien ne se faire que sur les nerfs récurrents, en raison de l'altération isolée des fonctions du larynx.

La maladie persista pendant trois semaines avec les mêmes caractères. Les accès se manifestaient quatre, cinq,

six fois par jour; leur type était franchement intermittent; une potion étherée calmait promptement la suffocation et dans l'intervalle des accès, la malade recommençait à respirer à l'aise, sans la moindre souffrance. Elle surveillait tous ses mouvements, relevait sa tête avec ses oreillers afin d'avoir le cou légèrement fléchi, et quand elle mangeait, elle n'introduisait dans son estomac que des aliments liquides ou réduits en bouillie, sous forme de soupe surtout, parce que les corps durs entraînaient une déglutition difficile et cette difficile déglutition de nouveaux accès.

Au bout de trois semaines, la scène changea. Sans cause appréciable, les accès se rapprochèrent et devinrent si nombreux que l'hématose en recut une atteinte marquée. Le lundi, 1^{er} mars, la suffocation devint continue et la maladie passa du type intermittent au type continu, il y avait seulement, vers le soir et dans la nuit, une exacerbation marquée. L'inspiration et l'expiration présentaient les mêmes caractères qu'autrefois, longues, sifflantes, difficiles, accompagnées d'une toux brusque, sonore, sèche.

Le 2 mars, au matin, ces caractères n'étaient plus les mêmes; on eût dit un œdème de la glotte. La suffocation était continue, l'inspiration longue, difficile, sifflante, l'expiration courte et très facile. La malade était dans une prostration extrême; la tête fléchie sur la poitrine, le visage pâle, les yeux ternes et injectés, les lèvres bleuâtres et gonflées, les veines du cou saillantes, les extrémités froides, pâles, bleues seulement sur le trajet des veines, le pouls inégal, mou, difficile à compter. Il fut impossible de porter le doigt dans le gosier pour s'assurer de l'état des replis arythéno-épiglottiques, mais en présence d'une suffocation imminente M. Manec se décida à pratiquer la trachéotomie.

Nous n'avions pas de canule à notre disposition et l'on retarda l'opération jusqu'au moment où l'on nous en au-

rait remis une. Deux heures après nous revînmes, mais chose étrange ! bien que la prostration fût extrême, et la mort presque inévitable par suite du défaut d'hématose, l'inspiration et l'expiration étaient devenues plus faciles ; il n'y avait plus les signes de l'angine oedémateuse, et la quantité d'air qui passait par le larynx semblait aussi grande que celle qui aurait pu traverser une canule laryngienne. Ce fait contribua beaucoup à détourner M. Manec de toute idée d'opération, et pour partager son avis il n'y avait qu'à jeter un coup-d'œil sur cette pauvre femme. Épuisée par les pertes qu'occasionnait, depuis 4 ans, le cancer de l'utérus, condamnée à l'immobilité par la tumeur encéphaloïde du genou gauche, étranglée par une tumeur dont on ne connaissait pas les limites et dont on ne pouvait borner la marche, menacée de suffocation imminente quand on étendait son cou, elle était encore presque irrévocablement vouée à la mort, par suite de la prostration profonde et prolongée où l'avait placée le défaut d'hématose.

On n'opéra pas, les symptômes de suffocation persistèrent, et la malade mourut le 3 mars, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie.

A l'autopsie faite 24 heures après la mort, nous trouvâmes dans la poitrine et l'abdomen tous les caractères anatomiques qui se rencontrent dans les cas analogues, aussi n'en parlerai-je pas ici.

Le corps thyroïde avait éprouvé une dégénérescence encéphaloïde. Recouvert et aplati légèrement par les muscles sterno-cléido-mastoïdien, sterno-hyôïdiens et sterno-thyroïdiens, il présentait sur la ligne médiane un développement morbide de la partie moyenne ou isthme qui faisait une saillie angulaire entre les muscles sterno-hyôïdiens. Les deux lobes latéraux offraient sur leur face postérieure une gouttière longitudinale dans laquelle

étaient en partie logées les artères carotides. A travers le lobe latéral gauche passait le nerf récurrent du même côté.

Ce nerf, parvenu à la partie inférieure de la tumeur, la perçait de bas en haut, et s'éparpillant en plusieurs branches dans l'intérieur de la tumeur, confondait quelques-unes d'entre elles avec la dégénérescence, tandis que les autres encore intactes émergeaient du corps thyroïde, et se réunissant sous un faisceau plus étroit que le faisceau nerveux au moment de son entrée, allaient directement aux muscles du larynx.

Le nerf récurrent droit passait, lui aussi, au travers du lobe latéral correspondant de la tumeur, mais tout près de la face postérieure du lobe et séparé des tissus sous-jacents par une couche mince de tissu encéphaloïde. Ses faisceaux ne se divisaient pas dans l'intérieur de la glande et se portaient tous aux muscles du larynx.

La portion de trachée-artère contenue dans la tumeur n'était pas altérée dans sa structure, ni pénétrée par le cancer; son calibre était seulement rétréci. Les extrémités des cerceaux cartilagineux étaient contiguës et la membrane musculo-fibreuse, tendue entre ces extrémités dans l'état normal, était plissée longitudinalement, réduite au volume d'un cordon sans autre lésion matérielle; plus bas la trachée reprenait son ampleur par le déplissement de cette membrane.

Le larynx n'a offert aucune sorte d'altération; cartilages, ligaments, muscles, muqueuse, tissus sous-muqueux, tout était sain.

L'œsophage était adhérent et impossible à séparer du lobe latéral gauche de la tumeur. La dégénérescence commençait à envahir ses parois seulement et pouvait rendre un compte satisfaisant de la dysphagie observée pendant la vie.

*Extrait du rapport de M. GOSSELIN sur l'observation de
M. GAUBRIC.*

En présence des symptômes observés chez cette malade, M. Gaubric a admis que le passage des nerfs récurrents à travers la masse encéphaloïde a amené des contractions spasmodiques dans les muscles du larynx, et que ces contractions ont été la cause de la suffocation; c'est là un fait curieux et rare, la plupart des auteurs classiques n'en ont pas fait mention. On parle bien de goîtres qui ont déterminé la mort par suffocation, [mais toujours par compression de la trachée, et l'asphyxie n'est survenue que quand cette compression était assez considérable pour rapprocher l'une de l'autre les parois opposées du conduit. Nulle part on ne trouve consignés avec soin ni le fait anatomique observé par M. Gaubric, ni surtout l'explication qu'il en a tirée.

Cette explication nous ^{ne} la contestons pas, nous l'admettons pleine et entière: mais pour la bien comprendre, il faut l'analyser avec soin, parce que l'incertitude où nous laisse la physiologie normale sur les fonctions des nerfs et des muscles du larynx s'étend nécessairement à ce fait de physiologie pathologique.

De la présence des nerfs récurrents dans cette tumeur encéphaloïde, il pouvait résulter deux choses: ou bien une compression qui aurait suspendu leurs fonctions et paralysé les muscles auxquels ils se distribuent, ou bien une excitation qui, transmise à ces muscles, y aurait déterminé des contractions spasmodiques. Lequel de ces deux effets a eu lieu ici? Avec M. Gaubric nous croyons plutôt au dernier qu'au premier; car la compression, si elle avait eu lieu, aurait nécessairement produit des accidents continuels et non intermittents. Quels eussent été ces accidents? je ne puis le dire, car la physiologie expérimentale ne nous a pas encore appris d'une manière positive quel était, pour la respiration, le résultat de la section des nerfs laryngés

inférieurs. Legallois nous a bien dit qu'elle était suivie de l'occlusion de la glotte, mais il n'a pas parlé de suffocation intermittente, il a trouvé les résultats différents chez les divers animaux, et enfin aucune de ses assertions ne peut trouver une application dans le cas actuel; d'ailleurs les nerfs avaient perdu très peu de leur volume, celui du côté droit n'était compris que dans une petite épaisseur de la tumeur. Nous pensons donc qu'il y a eu là contraction spasmodique des muscles du larynx par suite de l'irritation des nerfs laryngés inférieurs; mais comment cette contraction spasmodique a-t-elle déterminé le rétrécissement de la glotte, et la difficulté ou l'impossibilité du passage de l'air? Est-ce donc que les muscles auxquels se distribuent les nerfs récurrents sont tous contracteurs de la glotte? Pour répondre à cette question, il faudrait bien connaître l'action de chaque muscle du larynx en particulier, et vous savez combien est difficile à déterminer cette action, combien varient à cet égard les opinions des anatomistes : nous sommes forcé d'abord de rejeter entièrement l'opinion de M. Magendie qui fait distribuer exclusivement le laryngé inférieur aux muscles dilatateurs; s'il en était ainsi, en effet, dans le cas actuel, nous n'aurions pas dû avoir constriction, mais bien dilatation de la glotte, mais de tous les muscles auxquels se distribuent les nerfs est-ce qu'il n'y en a pas qui soient dilatateurs? Comment donc se fait-il que les contractions spasmodiques que nous admettons aient amené l'occlusion du larynx? Ici encore nous pourrions être embarrassé par les divergences d'opinion des anatomistes sur les fonctions de ces muscles. Il est cependant, parmi les usages attribués aux divers muscles du larynx, une doctrine qui peut trouver ici son application et qui, si nous interprétons bien l'observation de M. Gaubric, peut trouver, dans ce fait même, un certain appui.

Bichat a enseigné que de tous les muscles du larynx, deux seulement sont dilatateurs, savoir, les crico-aryténoïdiens postérieurs. Müller professa une opinion semblable, et laissant de côté les crico-thyroïdiens qu'il regarde surtout comme tenseurs des cordes vocales, il fait aussi des crico-aryténoïdiens postérieurs, des muscles dilatateurs, et regarde tous les autres comme constricteurs; on comprend donc que s'il en est ainsi des sept muscles auxquels les nerfs récurrents distribuent des filets, deux seulement étant dilatateurs, savoir, les crico-aryténoïdiens postérieurs, et les cinq autres étant constricteurs, savoir: l'aryténoïdien, les crico-aryténoïdiens latéraux et les thyro-aryténoïdiens, le résultat définitif d'une contraction spasmodique imprimée à tous ces muscles devra être l'occlusion de la glotte, plutôt que la dilatation.

Assurément, dans un cas semblable, la trachéotomie est indiquée et doit pouvoir prolonger beaucoup les jours du malade. M. Gaubric a donné les motifs qui auraient empêché le chirurgien de la pratiquer: c'était l'épuisement extrême de la malade, et surtout cette circonstance que l'on voyait presque toujours les accidents disparaître ou diminuer, et qu'on espérait sans cesse cette amélioration. Dans tout autre cas, il est incontestable que la trachéotomie serait indiquée, et devrait être faite.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 5. — (Juillet 1841.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Épanchement de sang enkysté dans la cavité de l'arachnoïde.* —
2. *Tête d'un chevreau cyclocephale.* — 3. *Tumeur fibreuse pédiculée du
col de l'utérus.* — 4. *Gangrène de la vessie.* — 5. *Hydronéphrose
compliquée de laryngite striduleuse.* — 6. *Absence des nerfs olfactifs.*
— 7. *Tumeur encéphaloïde du fémur.* — 8. *Affection tuberculeuse du
cervelet et des os du crâne; cicatrice de ces os.*

1. M. Boudet présente un épanchement de sang enkysté dans la cavité arachnoïde. Un homme de 48 ans, d'une forte constitution, adonné depuis 15 ans aux excès alcooliques, ressentait depuis 15 jours environ un engourdissement dans les membres inférieurs, lorsqu'il fut admis à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Andral. Il éprouvait pour unique symptôme de la pesanteur dans les jambes sans aucune douleur, sans céphalalgie, sans trouble dans aucune autre fonction. Au bout de huit jours, l'engourdissement montait jusqu'aux cuisses et commençait dans les mains. En même temps survint une anesthésie qui en un mois devint complète; la sensibilité

XVI^e ANNÉE.

9

ne se conserva qu'au ventre. Il y eut aussi paralysie du côté gauche de la face. Les 15 derniers jours, le malade fut pris de délire la nuit, d'hébétude, de stupeur, puis de douleurs dans les membres sans contracture ; une pneumonie intermittente hâta la mort. A l'autopsie on est frappé de l'épaisseur des os du crâne ; les cellules du diploé sont remplies d'une bouillie rougeâtre. Après avoir incisé les membranes on trouve, sur la face supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, un kyste qui occupe presque tout le diamètre antéro-postérieur et toute la largeur de ce lobe. Sa face supérieure est en rapport avec la dure-mère et le feuillet pariétal de la séreuse. Le sang est épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde au-dessous de laquelle on trouve une fausse membrane assez analogue à l'arachnoïde elle-même ; celle-ci prise pour le second feuillet a pu, dans beaucoup de cas, faire croire que l'épanchement avait lieu en dehors de l'arachnoïde. Par sa face inférieure le kyste est partout isolé et libre, excepté en un point où s'insèrent des vaisseaux qui le pénètrent. L'hémisphère cérébral gauche présente un enfoncement qui est la trace de la compression qu'il a éprouvée, et qui s'étendait même à l'hémisphère droit ; l'arachnoïde viscérale est un peu épaissie ; et ce qui prouve qu'il y avait des vaisseaux dans le kyste, c'est que l'insufflation pratiquée dans une veine a amené l'air dans le tissu cellulaire de la pseudo-membrane. Au centre de la poche existe un coagulum déjà ancien ; mais à l'extérieur il y a du sang plus récemment épanché.

2. *M. Pigné* montre la tête d'un chevreau cyclocéphale qu'avait présentée il y a trois ans *M. Bardinet* sans avoir pu la disséquer. L'axe de la tête au lieu de se diriger perpendiculairement à celui de la colonne vertébrale, comme cela a lieu habituellement chez ces animaux, fait suite à cet axe ; les os frontaux forment deux masses considérables et constituent la plus grande partie des parois du crâne : la cavité céphalique est très large ; on n'a pas pu examiner le cerveau qui était en détrit. La cavité qui contenait l'œil unique est limitée en arrière par une cloison membraneuse en partie ossifiée, et percée d'un trou pour le passage du seul nerf optique qui existait ; la paroi inférieure de cet orbite est constituée par les deux os maxillaires supérieurs réunis. La mâchoire inférieure n'offre aucune altération ; sa partie mentonnière et les dents qu'elle supporte cachaient un peu le globe oculaire. Les vertèbres n'offraient aucune altération.

3. *M. Gaubric* présente une tumeur fibreuse volumineuse trouvée

dans la fosse iliaque droite, d'une femme de 56 ans qui est morte d'une méningo-céphalite. On avait d'abord pensé que cette tumeur était formée aux dépens de l'un des ovaires; mais ces deux organes sont parfaitement intacts. Les reins n'offraient aucune altération. Elle tient à la partie droite du col de l'utérus par un pédicule mince dans lequel on apercevait manifestement des vaisseaux allant de la matrice à la tumeur, au moment où la pièce était fraîche; née de là, cette masse de forme triangulaire était venue se placer sous le péritoine de la fosse iliaque, refoulant en haut le cæcum, le colon ascendant, et la fin de l'intestin grêle, et remontant jusqu'à la vésicule biliaire. Son bord inférieur correspondait à l'arcade fémorale, l'interne au détroit supérieur du bassin. Elle est formée de deux parties bien distinctes, mais recouvertes toutes deux par une même membrane extérieure: l'une, fibreuse, est creusée d'une cavité qui contenait de la sérosité sanguinolente; l'autre semble formée par un tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité; c'est une sorte de poche multiloculaire communiquant avec la cavité précédente. La malade n'avait jamais accusé de douleurs dans le ventre; personne n'avait soupçonné pendant la vie l'existence de cette altération.

4. M. Boucher met sous les yeux de la Société la vessie d'un homme affecté de deux hernies inguinales, qui fut pris il y a trois mois d'une rétention d'urine. On l'a d'abord sondé deux ou trois fois par jour; puis on avait placé une sonde à demeure. Il fut pris, il y a trois jours, de péritonite et succomba. A l'autopsie, on a trouvé la vessie enflammée et gangrénée dans un point. L'urine s'était infiltrée sous le péritoine jusque dans le tissu cellulaire extérieur au sac herniaire droit, qui est devenu noirâtre par le contact de l'urine et du pus; une péritonite avait d'ailleurs été la conséquence de cette infiltration.

5. M. Becquerel raconte qu'un enfant affecté depuis trois mois de toux et de douleurs dans les reins fut amené, il y a trois jours, à l'hôpital des enfants avec tous les signes de la laryngite striduleuse. On fut sur le point de pratiquer la trachéotomie; mais on fut arrêté par cette circonstance qu'on ne voyait pas de fausses membranes dans l'arrière-bouche et dans le pharynx. L'enfant est mort, et on a vu qu'en effet il ne s'agissait pas d'un vrai croup: on n'a trouvé qu'un peu de rougeur et de mucons puriformes dans la trachée-artère. Mais les reins que M. Becquerel montre à la Société présentent l'altération décrite par M. Rayer sous le nom d'*hydronéphrose*. — Il y a de chaque côté dilatation considérable des calices, du bassin et de

l'uretère. La substance corticale est détruite en quelques points et fortement amincie dans les autres. La vessie est hypertrophiée; et présente en un point une petite poche accessoire formée par une hernie de la muqueuse à travers les fibres musculaires. Tous ces organes étaient remplis d'urine mêlée à une quantité à peu près égale de pus. M. Becquerel se demande quelle influence a pu avoir sur la production de la laryngite striduleuse cette altération des reins qui doit être regardée en grande partie comme la cause de la mort.

6. M. Després montre le cerveau d'un cadavre sur lequel il ne paraît aucune trace des nerfs olfactifs; on ne voit aucun cordon blanchâtre à la place qu'ils devraient occuper; d'un côté le sillon existe, de l'autre, il est interrompu par des circonvolutions. On n'a pas examiné soigneusement la lame criblée de l'ethmoïde, elle a paru seulement très étroite; le corps strié ne présentait pas d'altération.

7. M. Tavignot rapporte qu'une fille de neuf ans amenée il y a trois semaines à l'hôpital des enfants, fut regardée comme atteinte d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche. Malgré le traitement employé, les symptômes se sont aggravés à tel point qu'il a fallu pratiquer l'amputation de la cuisse. A l'examen de la pièce que fait voir M. Tavignot, on a reconnu que la synoviale et les autres parties de l'articulation étaient saines; mais on voit sur la partie inférieure du fémur une tumeur volumineuse qui l'enveloppe complètement. Cette tumeur de nature encéphaloïde présente à sa partie supérieure un kyste qui était rempli de sérosité sanguinolente; elle est recouverte par une membrane fibreuse qui se continue manifestement avec le périoste et qui envoie dans son épaisseur des prolongements la divisant en plusieurs lobes. Dans quelques points il y a eu sécrétion de matière osseuse; par sa face profonde la tumeur adhère au fémur qui est éburné dans ce point. Il y a dans le canal médullaire une matière lardacée analogue à celle de l'extérieur.

8. M. Contour rapporte qu'un enfant de neuf ans, affecté d'altération des os du crâne avec fistules en plusieurs points, fut pris il y a trois jours de collaphus général, de coma et mourut. On a trouvé un épanchement séreux considérable dans les ventricules du cerveau, une infiltration séreuse de la pie-mère, un ramollissement des parties centrales de l'encéphale, une rupture du septum lucidum et enfin tous les caractères de l'apoplexie séreuse. L'os frontal présente à droite une altération tuberculeuse qui a amené sa nécrose et la formation d'un séquestre mobile; sur le pariétal gauche une altération

analogue existe, mais moins avancée, et enfin le frontal présente à gauche une sorte de cicatrice composée de fibres radiées, qui convergent les unes vers les autres. Il semble que le tubercule a été évacué dans ce point, et que la cicatrice s'est produite par la formation d'une portion osseuse nouvelle, ou peut-être par le retrait des fibres restées intactes. On voit encore sur la dure-mère une masse tuberculeuse qui répond à un enfoncement de la surface interne du crâne. Enfin le cervelet offre une masse considérable à la partie postérieure du lobe droit. M. Contour fait remarquer qu'il n'y a eu ni paralysie ni convulsions, ni erections.

*Imperforation de l'anus, opération, mort le cinquième jour,
Par M. DEQUEVAUVILLER, interne à l'hospice des enfants
trouvés.*

Le 23 Janvier 1841, on s'aperçut le soir qu'un enfant né la veille n'avait pas été à la selle. Un lavement purgatif, (16 grammes de sirop de chicorée,) lui fut administré.

24. Le lendemain matin, jour où le petit malade fut vu pour la première fois, le purgatif n'avait produit aucun effet; la peau était colorée en jaune, l'abdomen gonflé, météorisé, mais paraissant peu douloureux à la pression, les membres inférieurs fortement fléchis sur le tronc. On pensa immédiatement à une imperforation de l'anus; cet orifice était assez bien conformé; mais le doigt, introduit dans sa cavité, rencontrait un obstacle à huit millimètres environ de l'ouverture cutanée, et sentait pendant les cris de l'enfant, ou de légères pressions exercées sur l'abdomen, un flot très obscur qui venait le frapper. Il fallait ouvrir aux matières un passage à travers cet obstacle; c'est ce qui fut aussitôt décidé. Un bistouri pointu, introduit à plat sur l'auriculaire et plongé de bas en haut dans la direction de l'intestin, pénétra graduellement jusqu'à trois centimètres de la superficie sans donner issue au méconium. Le doigt introduit à cette profondeur ne sentait pas le flot plus

distinctement. Le bistouri fut alors poussé en avant vers la vessie, de manière que sa pointe décrivit un arc d'un centimètre environ sans plus de succès. La crainte d'ouvrir la vessie empêcha d'aller plus loin dans ce sens.

Cette première opération n'ayant amené aucun résultat, on crut à une absence du rectum, et dans cette hypothèse, il n'y avait d'autre parti à prendre que d'ouvrir un anus artificiel, ce qui ne put être décidé que le lendemain.

25. Le matin à la visite, l'enfant était dans le même état que la veille; l'abdomen était très distendu, météorisé, encore peu douloureux à la pression; les membres inférieurs étaient fortement fléchis. La face commençait à se gripper; le cri, encore assez fort, ne se faisait entendre que par intervalles; l'enfant paraissait peu souffrir, le pouls était petit, sans fréquence; la respiration ne présentait rien de particulier.

Le malade étant placé sur le pied de son lit, et maintenu par un aide qui étendait autant que possible les membres inférieurs, je fis l'opération de la manière suivante : une incision partant du milieu de l'espace situé entre le pubis et l'épine iliaque antérieure et supérieure, fut dirigée jusqu'au niveau de cette épine parallèlement au pli de l'aîne, et assez haut pour ne pas diviser le canal inguinal, dans une étendue de deux centimètres environ. Je divisai successivement la peau, la graisse, les muscles grand et petit obliques. Trois artérioles furent ouvertes et liées immédiatement. Le transverse, qui parut alors au fond de la plaie, fut incisé par petits coups successifs en dédolant et une sonde cannelée introduite de dehors et en dedans par l'ouverture ainsi faite, me servit à compléter la division. Alors apparut le péritoine fortement tendu qui fut divisé de la même manière. De sa cavité sortit aussitôt une demi-cuillère à bouche environ de sérosité citrine. L'intestin grêle se présenta à l'ouverture; il fut repoussé, et le doigt indicateur introduit dans la plaie rencontra facilement une

anse de l'S iliaque qui fut amenée au dehors et fixée au moyen d'un fil passé dans son mésocolon et maintenu par des bandelettes agglutinatives. Je remis à quelques heures plus tard l'ouverture de l'intestin afin de laisser aux adhérences le temps de se former. Une compresse fenêtrée enduite de cérat, de la charpie, une compresse épaisse et un bandage de corps complétèrent le pansement.

Les anses d'intestin grêle et de gros intestin que l'on vit par la plaie étaient toutes deux fortement distendues par des gaz, violacées et sillonnées à leur surface de vaisseaux veineux très apparents.

L'enfant parut peu souffrir pendant l'opération; immédiatement après il cessa de crier, il fut tenu dans la journée à une diète absolue.

A 3 heures et demie, le petit malade dort; il se réveille au moment où on approche de son lit, et jette quelques cris assez forts; le pouls est petit, la peau au-dessous de sa température normale, l'abdomen n'est pas plus douloureux à la pression que le matin; l'enfant a uriné depuis l'opération, il n'y a aucune apparence de hoquets ni de vomissements. Les bords de la plaie sont fortement appliqués contre l'anse intestinale; de légères adhérences se sont déjà formées.

A 5 heures du soir, l'enfant est dans le même état; j'incise l'S iliaque dans une étendue de quinze millimètres environ et dans la direction de la plaie. L'enfant ne témoigne aucune douleur. Il sort une grande quantité de gaz et une petite quantité de méconium très épais (orge miellé).

A 10 heures du soir, il n'est sorti que peu de méconium, la face est grippée; cependant l'enfant ne crie que lorsqu'on le remue; l'abdomen est tendu, météorisé, mais paraît toujours indolent à la pression (orge miellé avec 8 grammes de sirop de chicorée).

26 A la visite, la face est grippée, la peau est froide, le cri affaibli, peu fréquent, le pouls petit et lent, le ventre

tendu, ballonné ; il n'y a pas eu de méconium expulsé pendant la nuit, l'enfant n'a pas uriné, (cataplasmes et embrocations huileuses sur l'abdomen, sirop de chicorée 16,0), l'enfant meurt à 11 heures du matin sans présenter d'autres symptômes.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. Enfant de petite taille, de faible constitution. — Teinte jaunâtre générale de tout le corps. — La plaie est béante ; on voit au fond l'ouverture de l'intestin béante également, et ayant contracté des adhérences avec les bords de la plaie des parois. Une sonde introduite en haut et en bas dans l'intestin y pénètre librement.

Crâne. Les vaisseaux de la pie-mère sont injectés de sang noir ; la substance cérébrale elle-même et les autres parties contenues dans la tête sont à l'état normal.

Thorax. Rien de particulier à noter dans les organes de la cavité thoracique.

Abdomen. Le péritoine contient une petite quantité de sérosité citrine et limpide ; il présente sur l'intestin grêle quelques plaques rouges sur lesquelles on voit des fausses membranes rougeâtres, non organisées, mollasses et peu adhérentes. La séreuse est également colorée en rouge, mais sans exsudation pseudo-membraneuse, vers l'ouverture de la région iliaque. Trois petites ecchymoses se voient à travers la membrane dans la région anale.

L'estomac et l'intestin grêle sont sillonnés, à leur surface, par de nombreux vaisseaux veineux, gorgés de sang noir. Ils contiennent un peu de liquide brunâtre et des gaz en grande quantité.

Le cœcum est remonté au-dessus de la fosse iliaque droite ; il est, ainsi que le colon transverse, rempli par une assez grande quantité de gaz et de méconium épais. A l'endroit où le colon devient descendant, il se rétrécit brusquement, et, du diamètre de dix-huit millimètres passe à celui de huit millimètres ; il arrive ainsi à l'ouverture prati-

quée pendant la vie, où la séreuse qui le recouvre a contracté avec celle de la paroi abdominale des adhérences plus solides pour le bout supérieur que pour le bout inférieur, mais limitées aux bords de la plaie, puis, l'intestin remonte obliquement de bas en haut et de gauche à droite, traverse tout l'abdomen et vient s'aboucher au rectum en haut et à droite de la cavité péritonéale. Dans tout ce trajet, l'intestin conserve le même diamètre, et ne contient ni gaz ni matières.

Le rectum, distendu par du méconium très épais, est excessivement dilaté; il n'a pas moins de trois centimètres de diamètre, et remonte jusque dans le flanc droit; il vient aboutir inférieurement à quinze millimètres de la surface extérieure, en se terminant en cul-de-sac. Ce cul-de-sac, analogue à celui du cœcum, est séparé du cul-de-sac anal par un intervalle de deux millimètres occupé par un tissu cellulaire serré, résistant, qui fixe l'intestin au-dessus et un peu à gauche de la cavité de l'anus; le péritoine entoure le rectum de tout côté, excepté en arrière, dans une étendue de deux centimètres, et se réfléchit à 2 ou 3 millimètres de sa terminaison sur les organes environnants.

Une muqueuse normale tapisse tout le cul-de-sac anal; l'anus lui-même est parfaitement conformé.

La trace du passage du bistouri à cet endroit se voit au côté droit du rectum dans une hauteur d'un centimètre environ; il a décollé le péritoine, de sorte que ni cette membrane, ni le rectum n'ont été entamés par l'instrument tranchant. La plaie, à son extrémité supérieure, n'a pas plus de trois millimètres dans le sens antéro-postérieur.

La vessie est fortement distendue par l'urine; l'uretère droit, qui croisait obliquement le rectum, est très dilaté dans sa partie moyenne, puis se rétrécit brusquement en bas, un peu au-dessus de la vessie; cet effet paraît résulter de

la compression exercée par l'intestin. L'autre urètre ne présente rien de particulier à noter.

Les autres organes de l'abdomen sont à l'état normal.

Extrait du rapport de M. DEMAUX.

Cette observation est digne de fixer l'attention : le fait en lui-même intéresse, et de plus les opérations qui ont été pratiquées peuvent être soumises à la critique.

Pour établir la discussion sur une base solide, je vais indiquer, d'une manière générale, les différentes dispositions que peut présenter le rectum dans le cas d'imperforation de l'anus; je les diviserai en trois ordres: 1° le rectum se termine par un cul-de-sac, plus ou moins renflé, en présentant les rapports ordinaires, à quelques centimètres de l'anus, ou bien il se prolonge jusqu'à l'extérieur, où il est obstrué par une simple pellicule cutanée; 2° le rectum se termine en cul-de-sac, soit à l'angle sacro-vertébral, soit dans la fosse iliaque; 3° le rectum s'ouvre dans le vagin, la vessie, ou un point quelconque de la paroi abdominale.

On conçoit *a priori* que si ces dispositions pouvaient être reconnues d'avance, elles donneraient lieu à des indications spéciales.

La ponction par l'anus devait être et a été en effet la première manœuvre mise en pratique contre les imperforations du rectum. Lorsqu'une simple pellicule empêchait les matières de sortir, l'opération ne présentait pas de grandes difficultés; le lieu où il fallait agir se trouvait indiqué; mais, à mesure que le cul-de-sac du rectum s'éloignait de la peau, les difficultés augmentaient, si l'anus n'existait pas surtout; c'est pour ainsi dire au hasard qu'on allait à la recherche de l'intestin, et, dans des conditions

semblables, les résultats des opérations ont été variés beaucoup suivant la main qui dirigeait l'instrument. J.-L. Petit conseillait, dans ce cas, de se servir d'un trois-quarts; quelques chirurgiens de nos jours préfèrent un bistouri long et étroit; le choix de l'instrument peut être laissé à la volonté du chirurgien; des opérations de ce genre ont été pratiquées aujourd'hui en si grand nombre qu'on pourrait à peine les compter; on en trouve des exemples dans presque tous les recueils scientifiques; ainsi Pistor, en 1764, Moncelot, Ouyrard, etc., plus récemment, Boyer, Dupuytren, MM. Velpeau, Roux, et une infinité d'autres chirurgiens ont pratiqué des opérations de ce genre; j'ai eu moi-même occasion de la pratiquer une fois. En examinant ces faits, nous trouvons que, dans quelques cas, la première tentative a été couronnée de succès; dans d'autres, on a été obligé d'y revenir à plusieurs reprises; chez un enfant que j'ai vu opérer, avec succès, en 1837, à la Charité, on avait déjà fait en ville, une tentative infructueuse; enfin on trouve, dans Samuel Cooper, un cas très remarquable, où M. Miles a fait, sans résultat, dix tentatives; la onzième seule a été couronnée de succès.

Dans l'observation qui nous occupe, on s'en est tenu à une première tentative; et encore celle-ci n'a pas été faite, il nous semble, d'une manière convenable; le bistouri, porté dans la direction de l'intestin jusqu'à trois centimètres de profondeur, fut ensuite ramené en avant vers la vessie. Cette manœuvre n'est pas tout à fait conforme aux règles de la médecine opératoire, car si, au lieu de diriger le tranchant de l'instrument vers la vessie, on l'eût porté du côté du sacrum, on aurait pu, en dirigeant l'instrument dans ce sens, faire une incision de plus de trois millimètres, sans craindre de léser aucun organe important, et probablement on aurait ouvert l'intestin; néanmoins cette tentative ayant échoué, je crois qu'il était

convenable d'explorer de nouveau , et d'en faire une nouvelle, et si celle-ci eût échoué, je crois qu'il eût été plus convenable encore, avant de recourir à l'anús artificiel, d'inciser du côté du coecix et d'aller en suivant la courbure du sacrum, à la recherche de l'intestin, comme l'ont déjà fait MM. Roux et Amussat en France, M. Diefenbach en Allemagne,

Il résulte des faits que j'ai analysés, que, lorsque l'anús est bien conformé, on a tout lieu de croire que le cul-de-sac du rectum est très rapproché de l'ouverture cutanée. Lorsque la trace de l'anús n'existe pas, on doit craindre que le rectum ne soit éloigné de sa position normale. Dans les cas de MM. Bonet, Willaume, Randolphe, Friso, où le rectum s'ouvrait, soit dans la vessie, soit dans l'urètre, il n'y avait pas d'ouverture anale; elle manquait aussi dans deux autres cas observés par Cnoeffelius et Friso, où le rectum s'ouvrait à travers le sacrum; dans un cas de J.-L. Petit, où le rectum était très rapproché de l'anús, celui-ci était conformé normalement; dans ceux de Pistor, de MM. Phelys, Jodin, Salmon, Goyrand, etc., dans celui que j'ai vu opérer par M. Velpeau, et enfin dans le cas qui m'appartient, l'anús était conformé normalement. D'après ce que je viens d'établir, il me semble que, dans les cas d'imperforation du rectum avec conformation normale de l'anús, les tentatives devront être souvent renouvelées, et les procédés variés, avant de recourir à un anus artificiel.

Un anus anormal congénial, ouvert dans la région sus-pubienne, et qui a permis à l'enfant de vivre plusieurs mois, a donné à Littre l'idée d'établir un anus artificiel dans l'aîne gauche, au dessus de l'S du colon. Cette opération fut mise en pratique par ce grand chirurgien, et avec une apparence de succès. J.-L. Petit n'approuva pas la conduite de son maître, et agit autrement dans la pratique. Cette opération a été faite depuis par A. Dubois

en 1783, par Duret en 93, par Desault en 94, et plus récemment par MM. Roux, Pylhoré, de Rouen, et Serrand, qui a vu le malade de Duret bien portant, à l'âge de vingt-un ans. Malgré ce beau résultat, cette opération n'en est pas moins regardée aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens comme une dernière ressource, 1^o à cause de ses difficultés; 2^o à cause de l'infirmité dégoûtante qu'elle entraîne pour le reste de la vie. Je sais bien qu'on songe peu à la difficulté en médecine opératoire, et si de temps en temps quelques graves erreurs n'étaient commises par les chirurgiens les plus exercés, c'est à peine si on voudrait y croire; il semble, au premier abord, qu'on doive facilement découvrir la portion d'intestin que l'on cherche; pour prouver le contraire, il me suffira de rappeler cette opération, si tristement célèbre, où un professeur de cette faculté confondit les deux bouts de l'intestin, qu'il invagina en sens inverse. Quant à l'infirmité qui en résulte, nous connaissons les accidents des anus contre nature, survenus à la suite des hernies étranglées; nous savons que les incommodités qui en sont la suite inévitable sont telles que la vie ne tarde pas à devenir à charge aux malheureux qui en sont atteints; et cependant chez eux, la maladie n'est pas incurable, on peut conserver l'espoir de la voir guérir spontanément, ou du moins de la voir s'améliorer, et enfin la chirurgie peut intervenir avec quelque chance de succès. Dans le cas d'anüs congénital, on pourrait bien à la rigueur rechercher, à l'aide d'un conducteur, à établir la continuité du rectum avec l'anüs; mais, dans ce cas encore, l'établissement de l'anüs artificiel aurait pu être évité, si, au début, on eût agi du côté de l'anüs d'une manière convenable.

Lorsque l'ouverture va s'ouvrir, soit sur le pubis; comme Littre l'a observé, soit dans le vagin; comme dans le cas de Dieffenbach, soit à travers le sacrum, comme l'ont vu la Faye, MM. Lacoste et Ricord, les

indications sont moins pressantes; diverses méthodes peuvent être employées dans des cas de ce genre, mais ceci est en dehors du sujet qui m'occupe.

Observation d'un fungus du crâne, par M. BELIN, interne des hôpitaux.

La nommée Laforet, âgée de 62 ans, est admise une première fois à l'hôpital Saint-Louis dans le commencement du mois de septembre 1840; elle porte un cancer de la mamelle droite qui a commencé il y a près de deux ans; il est le siège de vives douleurs, aussi le chirurgien, cédant aux instances de la malade, en pratique l'extirpation; l'état général semble d'ailleurs satisfaisant; elle ne pense pas que ses parents aient succombé à des affections cancéreuses. — Les lèvres de la plaie furent réunies immédiatement; la cicatrisation étant complète le quatorzième jour, quatre jours après la malade sortait de l'hôpital.

A cette époque elle se plaignait déjà de douleurs de tête; en examinant la région sincipitale, à l'angle interne et supérieur du pariétal gauche, on reconnaissait une tumeur aplatie, irrégulière de 0,12 à 0,15 de circonférence faisant une légère saillie sur les os du crâne; donnant de prime abord au palper la sensation d'un empâtement du tissu cellulaire sous-cutané. En la comprimant légèrement on ne produisait qu'une douleur très supportable d'engourdissement et de paralysie; deux personnes qui l'examinaient alors crurent éprouver la sensation d'une lame flexible, qui, déplacée, tendait à revenir à sa position primitive; la tumeur leur parut également soulevée par des battements obscurs. Ces deux signes, qui auraient conduit à une presque certitude de diagnostic, existaient-ils réellement? ou bien n'ont-ils été perçus que par ceux mêmes

qui, raisonnant *a priori* sur l'existence d'un *fungus* de la dure-mère, les ont trouvés où ils n'existaient pas ? Cette dernière opinion fut alors celle du plus grand nombre.

La malade rapporte l'apparition de sa tumeur au mois de juillet 1840 ; pendant les mois précédents elle a éprouvé de vives douleurs et à peu près continues, parfois un peu de trouble dans la vue. D'après les conseils de son médecin, qui crut reconnaître une périostose, elle fit alors des frictions mercurielles, elle les continuait encore à l'époque où on lui amputa le sein.

Six semaines après sa sortie, la femme Laforest entre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis, salle de la lingerie, n° 10. Les douleurs de tête sont si violentes qu'elle réclame les secours de la chirurgie ; la région sincipitale est leur foyer principal, d'où elles se propagent dans toute la face qui exprime la souffrance ; par moments elle prend une expression grimaçante par la contraction de ses muscles, contraction que l'on doit attribuer à l'excès de la douleur plutôt qu'aux convulsions. Le trouble dans l'organe de la vue est devenu de plus en plus sensible, la malade se plaint également de fourmillements dans les membres du côté droit ; la compression de la tumeur ne produit ni engourdissement ni paralysie, les battements et la crépitation dont elles pourraient être le siège n'existent pas, de l'avis même de ceux qui avaient cru les reconnaître une première fois.

On cesse les frictions mercurielles dans les premiers jours de novembre ; l'existence d'un *fungus* de la dure-mère est à peu près certaine pour tout le monde ; les opiacés sont administrés comme calmants, à l'extérieur et à l'intérieur ; ils déterminent des vomissements ; l'hydrochlorate de morphine seul a pu être donné à 0,03 ; à dose plus forte il n'est plus supporté.

L'état de la malade reste le même à peu près pendant les mois de novembre et de décembre ; les douleurs ont

été continuelles, la tumeur a fait de rapides progrès, elle s'est étendue en arrière et à droite vers l'apophyse mastoïde, sa surface est plus que doublée depuis le premier examen. Je reviendrai plus tard à sa forme précise.

Le 11 janvier 1841 elle éprouve pour la première fois des convulsions qui indiquaient manifestement alors une perturbation des centres nerveux ; elles étaient générales ; leur durée fut de près d'une heure, une simple potion calmante fut administrée ; on nota l'impossibilité de prononcer les mots ; cet embarras de la parole ne se dissipa entièrement que quatre jours après ; la langue n'était pas déviée d'une manière apparente.

Le 22, les convulsions se montrèrent pour la deuxième fois ; elles s'accompagnèrent de phénomènes identiques à ceux que nous venons de signaler ; ils se succédèrent dans le même ordre.

Le 30, la malade est prise d'hémiplégie complète du côté droit avec perte absolue du sentiment et du mouvement, la prononciation est très difficile ; la langue est fortement déviée à droite : on prescrit 60 grammes d'huile de ricin, 20 sangsues derrière l'oreille gauche, des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs.

Les douleurs de tête persistent les jours suivants, la paralysie reste stationnaire ; il ne survient rien de remarquable jusqu'au 10 ; à compter de ce jour la paralysie semble diminuer, la malade peut faire exécuter à la jambe de légers mouvements ; la sensibilité est devenue moins obtuse ; quant au bras, il est toujours dépourvu de mouvement et de sentiment.

Cet amendement fut de courte durée : il persiste pendant cinq jours ; le 16 l'hémiplégie est devenue complète comme auparavant ; la malade est prise en même temps d'une diarrhée intense qui l'affaiblit beaucoup ; elle cède après sept jours par l'administration de lavements opiacés et de tisanes de riz.

Le 11 mars, à la visite, nous trouvâmes la malade dans l'état suivant : la totalité de la face, du côté paralysé et du côté non paralysé, est agitée de mouvements convulsifs, qui se remarquent également aux quatre membres ; si on vient à exciter le côté gauche, la malade perçoit la douleur, le côté droit est toujours insensible ; la parole est très embarrassée, les efforts qu'elle fait pour parler se résument à quelques monosyllables inarticulées et entrecoupées, impossibilité de tirer la langue hors de la bouche, qui est d'ailleurs alternativement fermée et ouverte d'une manière convulsive. On prescrit six sangsues derrière chaque oreille, deux sinapismes aux cuisses. Cet état a persisté pendant deux heures.

Des symptômes semblables se renouvelèrent le 16 et le 25 mars ; à compter de ce jour, la sensibilité est devenue de plus en plus obtuse, les gardes-robes et l'émission des urines sont involontaires ; le coma survient peu à peu ; à la visite du 3 avril, nous notons les signes suivants : le sommeil dans lequel la malade est plongée est profond ; en la pinçant fortement on parvient encore à exciter la sensibilité dans le côté gauche ; les paupières sont rapprochées et ferment complètement le globe oculaire, les pupilles sont très dilatées, surtout celle du côté droit ; les lèvres et la langue sont recouvertes d'un enduit noirâtre, le pouls est petit et faible mais fréquent ; la respiration est longue, stertoreuse et difficile, les boissons passent encore, mais avec difficulté ; elles excitent une toux profonde ; le lendemain et les jours suivants qui précédèrent la mort, leur déglutition est devenue impossible, le coma est de plus en plus profond, la sensibilité est à peu près nulle, le malade meurt le 8 avril.

Rapport de M. Duret sur l'observation précédente.

Description anatomique de la pièce. Nous trouvons de la matière encéphaloïde : 1° à l'extérieur du crâne ; 2° à l'intérieur, entre l'os et la dure-mère ; 3° dans l'épaisseur même de l'os ; 3° de plus, des tumeurs ayant traversé la dure-mère et faisant saillie dans sa cavité. Toutes ces lésions sont à la voûte du crâne.

1° A l'extérieur, existe une large couche encéphaloïde, étendue latéralement depuis la limite supérieure de la fosse temporale gauche, en passant par le syndiput, jusqu'à la partie moyenne de la fosse temporale droite ; d'avant en arrière, depuis la partie moyenne des pariétaux jusqu'un peu au delà de la suture lambdoïde. Cette plaque, dont la plus grande épaisseur est de huit à dix lignes, est lisse et presque régulièrement unie à la surface. Elle est molle et élastique, sans parcelles osseuses appréciables au toucher ; sa consistance est partout égale ; une tunique fibreuse la recouvre dans tous ses points, mais nous n'avons pu voir si cette tunique se continuait avec le périoste, parce que celui-ci avait été enlevé à toute la calotte du crâne remise entre nos mains.

Voici l'état de la table externe des os : A la circonférence de la tumeur, il y a un cercle rugueux et inégal. Sous la tumeur, on voit naître, de la surface de l'os, perpendiculairement, de petites saillies déliées, très courtes, inégales en hauteur. Entre ces aiguilles osseuses, assez régulières, sont interceptées de petites cavités coniques, au sommet contre l'os, et la matière encéphaloïde y est implantée comme des brins d'herbe ou de velours. Ces végétations sont plus marquées là où la tumeur est plus épaisse ; avec un peu d'effort, on détache le tissu malade sans enlever aucune parcelle osseuse.

2° *Face interne du crâne.* Entre les os et la dure-mère,

dans presque toute la moitié postérieure de la voûte crânienne, on trouve une couche molle et élastique, d'un rose vif, ayant une demi-ligne à deux lignes d'épaisseur. Par sa face extérieure, cette couche adhère à l'os, duquel on ne la sépare qu'avec un certain effort, et on voit alors la table interne du crâne rugueuse, érodée et détruite par places. Ces érosions sont surtout marquées aux bords des sillons de l'artère méningée, et les sillons eux-mêmes, tapissés au fond par la production morbide, paraissent être creusés dans celle-ci. En quelques points, toute la table interne est détruite dans une petite étendue, jusqu'au diploé. Du reste, et ceci est un point fort important, la dure-mère se sépare avec facilité de la couche malade. Si quelques points ramollis sont emportés avec elle, à l'aide d'un manche de scalpel, on peut les isoler de façon que réellement toute la face externe de la dure-mère est lisse, unie, sans érosion aucune, et parfaitement intacte, sauf les deux points que j'indiquerai plus bas.

3^e *Épaisseur de l'os.* Dans le pariétal gauche, très près de la suture sagittale, à un pouce en avant de la suture lambdoïde, il y a destruction du tissu osseux, et, par ce point, il y a continuité entre le centre de la tumeur extérieure au crâne, et les productions intra-crâniennes. A ce point, les deux tables et le diploé sont complètement détruits; il n'y a pas un trou régulier avec usure des deux tables en biseau, mais, à la place de l'os, on trouve un mélange de tissu encéphaloïde et de quelques grains osseux, irréguliers, détachés de toutes parts, le tout formant un pécule aux tumeurs du dehors et du dedans. En s'écartant de ce point, qui n'a pas plus de huit à dix lignes de circonférence, on voit encore le diploé ramolli, fongueux, puis bientôt il est devenu plus dense et plus épais dans une certaine étendue. Je compare alors son

état à celui qu'on remarque dans une portion d'os contenant des tubercules infiltrés.

4. Là où le pariétal est si malade, existe, avons-nous dit, une continuité entre la tumeur extérieure et le tissu encéphaloïde extra-crânien. Cette continuité n'a lieu cependant que pour une partie du tissu nouveau, développé à la face interne du crâne. Mais cette portion intérieure, qui communique avec l'extérieure par la criblure de l'os, est la plus épaisse; elle a refoulé la dure-mère en s'étalant au dessus d'elle, et la décollant du crâne, elle a refoulé, aplati le sinus longitudinal supérieur de haut en bas, a pénétré même dans l'intérieur de ce sinus, de façon à remplir presque entièrement son calibre dans l'étendue d'un pouce; puis, elle a envoyé deux prolongements qui ont perforé la dure-mère de part en part. L'un de ces prolongements forme une tumeur du volume d'une forte noix, adossée au côté gauche de la faux cérébrale, et parfaitement libre dans toute sa périphérie; l'autre est une masse de trois ou quatre petites tumeurs lisses, unies comme la précédente, beaucoup plus petites, et situées à droite, à quelque distance de la faux. Ces deux prolongements ont leur pédicule sur les côtés du sinus longitudinal, dans la masse interposée entre la dure-mère et l'os. Pour les laisser passer, la dure-mère offre des éraillures inégales, dentelées; mais, soit à leur passage, soit partout ailleurs, cette même dure-mère est lisse, polie, se détache facilement, et ne présente, en définitive, que les érosions signalées.

L'état du cerveau n'a point été donné par l'auteur, et tout renseignement manque à cet égard.

Il est inutile d'insister sur la nature des productions; elles étaient toutes encéphaloïdes. La couche étalée à la face interne du crâne était un peu plus ramollie que les tumeurs qui avaient perforé la dure-mère, et aussi que la couche sous-cutanée.

On peut faire, sur l'observation de M. Belin, plusieurs remarques.

La nature encéphaloïde de la tumeur ne pouvant être mise en doute, il reste à décider quel a été le point de départ de la maladie. Cette question me force à rappeler, d'une manière concise, où en sont aujourd'hui les recherches sur les fongus de la tête. Après le mémoire de Louis, il fut admis que tous ces fongus naissent de la dure-mère, et quoique déjà, en 1785, Sandifort eût donné des descriptions contraires à la doctrine du secrétaire de l'Académie de Chirurgie; que, bien avant, J.-L. Petit eût rangé ces tumeurs parmi les carniifications des os; malgré un travail de Siebold père, qui, d'après deux observations, propose de substituer le nom de fongus *du crâne* à celui de fongus de la dure-mère; malgré un fait de Siebold fils, qui compare l'état du crâne à un spina ventosa, on vit, en 1811; les deux Wenzel reproduire en entier la théorie de Louis. Il faut arriver en 1820 pour qu'enfin Walther montre à ses contemporains que Siebold a raison. Il prouve, avec deux observations, que le fongus peut naître du diploé, et simultanément du diploé, du péricrâne et de la dure-mère; mais il a le tort de nier que la dure-mère puisse seule produire ces tumeurs; car, dit-il, on ne les voit jamais à la face interne de cette membrane. La question devint pour ainsi dire à l'ordre du jour en Allemagne: Klein incline à penser que la dure-mère peut être affectée primitivement; Graff soutient l'opinion de Walther, et, en 1829, Ebermayer, dans un mémoire fort étendu, ne prend pas encore bien nettement parti pour la dure-mère. Ghénius, en 1832, concilie toutes les manières de voir, et, en France, M. Cruveilhier est arrivé aux mêmes résultats. Ils disent et prouvent que ce que l'on nomme fongus de la dure-mère peut naître de l'os, du périoste, de la dure-mère, de la face interne de celle-ci, et même, dit M. Cruveilhier, de l'arachnoïde cérébrale. (Il en a

fait représenter un exemple, *Anatomie pathologique*, 8^e livr., pl. 3, fig. 3, 4 et 5.) On peut remarquer que cette discussion sur l'origine est devenue plus simple depuis que ces productions ont été démontrées être cancéreuses, et en particulier encéphaloïdes; car ce tissu se montre partout; et en outre, si chaque observateur contredisait celui qui l'avait précédé, c'est qu'évidemment il généralisait un trop petit nombre de faits, concluant d'après ce qu'il avait vu lui-même. Il est rare, en effet, que le même malade offre plusieurs modes de l'affection. Cependant j'en trouve un exemple dans une thèse de M. Osius de Hanau. Il y avait neuf tumeurs; aucune ne venait du diploë, mais quelques-unes étaient fournies par le péricrâne, d'autres par la dure-mère et par sa face interne. Ce dernier fait peut donc lui seul réunir les deux opinions principales sur la question.

La pièce communiquée par M. Belin me paraît appartenir aux cas du fungus du crâne proprement dit. Il y a un point où le diploë est malade évidemment; il y en a d'autres où, lui étant sain, la table externe de l'os est altérée, d'autres où c'est la table interne avec quelques endroits limités du diploë, d'autres où c'est la table interne seulement. L'unique lésion de la dure-mère est une éraillure, probablement mécanique, pour livrer passage aux deux tumeurs qui faisaient saillie du côté du cerveau. On peut croire que les deux tables ont donné naissance isolément aux couches externes et internes les plus excentriques, à moins que le foyer primitif n'ait été là où toute l'épaisseur de l'os était malade, et que de ce point comme d'un centre, le cancer ne se fût étalé aux deux faces du crâne, et à une distance plus ou moins éloignée. J'avoue que j'adopte de préférence le développement sur place, et l'altération, quoique superficielle des os en tous les points, me paraît en rendre compte suffisamment. Remarquons encore que c'est au niveau du point où l'os était malade dans toute

son épaisseur que naissent les prolongements, assez considérables, qui se portaient en dedans, et que, à ce même point, la couche extérieure au crâne était également plus épaisse, comme si la plus grande altération de l'un était dans ce cas, en rapport avec le plus grand développement du tissu cancéreux. Je signalerai encore une particularité qui prouve que les tumeurs qui ont perforé la dure-mère ont agi sur cette membrane du dehors au dedans. On voyait, en effet, au dessus du point où toute l'épaisseur du crâne était détruite, là, aussi où la plus grosse tumeur interne prenait son pédicule, que la couche cancéreuse était d'abord très épaisse, puis se rétrécissait pour former le pied de la tumeur qui, étranglée par l'ouverture de la dure-mère, se renflait de nouveau en bas. Il y avait là deux cônes adossés par leur sommet.

Malgré la longueur de ces détails dont je voudrais dispenser la société, je demanderai la permission de noter encore quelques circonstances tenant de près ou de loin à l'observation qui m'a été remise.

1° Il est remarquable que les premiers symptômes de la maladie du crâne se soient montrés presque immédiatement après la cicatrisation d'une plaie faite au sein pour un cancer de la mamelle; la cicatrisation avait été complète en 14 jours; dans la première observation du travail de Chélius, il y avait un cancer à l'humérus en même temps que fungus au crâne.

2° Le développement de la tumeur appréciable au toucher, laquelle était considérable à l'époque de la mort, parut se faire rapidement; et la durée entière de l'affection ne fut pas au delà de 6 à 7 mois. Chez un des malades de Siebold, la maladie dura 3 ans; 6 ans chez un de Walther; 7 mois chez un enfant de 4 ans, observé par Ebermayer. Chez un enfant de 2 ans dont M. Osius a donné l'histoire, il se développa 9 fungus dans l'espace de 10 mois, et plusieurs d'entr'eux, qui étaient extérieurs au crâne, se for-

mèrent en trente jours. Ce médecin se demande si l'on pourrait admettre une *forme aiguë* pour ces tumeurs. Quoiqu'il soit presque impossible de déterminer au juste le début de cette maladie quand elle a lieu à l'intérieur du crâne, il y a néanmoins dans ces derniers faits une marche très rapide, eu égard à la lenteur ordinaire de l'affection.

3^e Il est dit dans l'observation de M. Belin que des personnes crurent d'abord reconnaître dans la tumeur des battements qui, en réalité, n'existaient point. Je pense qu'on attache ordinairement trop d'importance à ce signe. Je suppose un fungus du crâne, sans perforation de l'os ; avec l'explication que l'on donne de ces mouvements, il ne devra pas y avoir ici de pulsations de la tumeur ; car elle ne communique point avec le cerveau. Cependant il s'en présente quelquefois ; cela a eu lieu dans la première observation du mémoire de Walther. Je suppose, au contraire, que l'os est porforé et que la tumeur touche médiatement au cerveau ; il devrait y avoir des battements ; cependant dans la seconde observation de Walther, les choses étaient ainsi, et il n'y avait point de battements. A moins d'une bien large communication, il me paraît fort douteux que la tumeur extérieure soit mue par le cerveau ; si même le pied étranglé du fungus bouche exactement l'ouverture osseuse, les impulsions données par le cerveau seront encore nulles, comme le démontrent les ingénieuses expériences de M. Bourgougnon de Tours. Je serais donc porté à croire que le plus souvent, si on aperçoit réellement des pulsations dans un fungus de la tête, cela tient à des vaisseaux assez considérables qui s'y ramifient. De nombreuses artères existaient dans la tumeur du premier malade de Walther, au point que l'extirpation ayant été tentée, on eut beaucoup de peine à arrêter l'hémorrhagie.

4^e On dit généralement qu'on peut opérer les fungus du crâne, sinon ceux de la dure-mère. Ebermayer est de cet avis. Chélius, ayant perdu un malade opéré qui avait un

fungus du crâne, préfère n'opérer que ceux de la dure-mère. Aux partisans de l'une ou l'autre opinion on peut rappeler que Meckel a trouvé 4 tumeurs chez le même individu, Baillie 5, Paletta 8, Osius 9, Sandifort 18. Il y en a à la base du crâne ou sur la faux cérébrale en même temps qu'à l'extérieur; et M. Cruveilhier, en a rencontré à l'autopsie qu'il n'avait pas soupçonnées. Dans la pièce de M. Belin, la couche interne s'étendait à une surface de 6 ou 8 pouces, et si on avait songé à extirper les masses principales, la repullulation eût été infaillible.

Acéphalocystes du foie avec fistule hépato-pleuro-bronchique.

Extrait d'une observation présentée par M. HOUEL, interne des hôpitaux, suivi d'un rapport de M. E. LAMBRON (1).

Le 30 janvier 1841, est entré à l'hôpital St-Louis (salle St-Jean n° 61), le nommé Brunet, âgé de 27 ans, journalier, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution.

Ce malade, qui dit avoir eu il y a dix-huit mois une pleuro-pneumonie du côté droit survenue à la suite d'un brusque refroidissement, présente à son entrée tous les symptômes

(1) Cette observation ayant été présentée à l'Académie de médecine et à la Société anatomique, et publiée dans quelques journaux, sous le titre d'*Abscès du foie*, la Commission dont M. Lambron était le rapporteur, et à laquelle s'est joint M. Poumet, a dû rectifier les faits, et réparer dans son travail les omissions résultant de l'erreur commise. C'est là ce qui nous a engagés à publier seulement un extrait abrégé mais cependant exact de l'observation de M. Houel, que nous avons complétée par l'exposé des recherches de M. le rapporteur.

N. des R.

général d'une phthisie pulmonaire tuberculeuse avec hémoptysie; pour symptômes locaux on trouve, à droite, sous la clavicule; une sonorité moins grande que celle du côté opposé; l'oreille appliquée sur ce point entend un gargouillement, en arrière à la base du poumon, on percevait un bruit à peu près analogue à celui que l'on observe sous la clavicule; il s'étend jusqu'à l'angle de l'omoplate; (Pectorale gommée, ventouses scarifiées, puis saignée dirigée contre une hémoptysie assez abondante).

Le troisième jour de son séjour à l'hôpital, le malade expectore des crachats d'une couleur jaunâtre très foncée avec teinte légèrement verdâtre et d'une amertume extrême; il dit avoir déjà observé ce fait avant son entrée à l'hôpital. — Le foie paraît un peu plus volumineux qu'à l'état normal; mais il n'est le siège d'aucune douleur, le malade dit n'avoir rien senti dans ce point. (Ventouses scarifiées).

Le quinzième jour depuis son entrée, le malade est pris d'une diarrhée opiniâtre qui épuise bien vite ses forces.

Il meurt le 25 mars, à 41 heures du matin, presque sans agonie.

Autopsie.

Les organes contenus dans l'abdomen sont tous à l'état normal; le foie seul est malade. Cet organe, d'une couleur assez pâle, a une consistance considérable et présente une augmentation de volume très marquée; sa division en deux lobes est conservée; mais ici on observe le contraire de l'état ordinaire; c'est-à-dire que le lobe gauche est d'un tiers plus volumineux que le droit. La face inférieure n'offre rien à considérer, si ce n'est un épaissement notable du péritoine; épaissement qui se rencontre également à la face supérieure. La vésicule biliaire et les canaux biliaires sont distendus par de la bile.

La face supérieure du lobe droit présente de petites

saillies globuleuses de la grosseur d'une aveline, contenant dans leur intérieur une substance un peu molle qu'on prendrait facilement pour de la matière tuberculeuse. Dans l'épaisseur de ce globule on trouve un grand kyste qui pourrait loger un très gros œuf. Sa cavité communique avec un autre kyste, qui se porte vers la scissure transverse, et qui, là, n'est plus séparé du péritoine que par une lame de tissu hépatique d'environ 0,03 mil. d'épaisseur.

A la partie supérieure de cette poche, un peu en avant de l'angle de torsion des côtes, se trouve l'orifice d'un canal oblique dirigé de bas en haut, un peu de gauche à droite et de derrière en avant; ce canal traverse le diaphragme et va s'ouvrir dans une cavité circonscrite dans la grande cavité de la plèvre. Les points de cette membrane séreuse qui forment les parois de cette petite cavité sont épaissis, surtout le feuillet viscéral qui présente une épaisseur considérable et une dureté cartilagineuse; malgré cela cependant, il est perforé dans la partie moyenne par deux orifices à peu près égaux, séparés l'un de l'autre par une lame étroite. Ces orifices ont environ 6 millimètres de diamètre et communiquent dans une vaste poche située dans le lobe moyen du poumon; les branches qui la traversent sont comme disséquées, quelques-unes même sont détruites. Cette cavité pulmonaire communique avec une seconde située à la partie antérieure et supérieure du sommet du poumon et où les bronches présentent la même disposition que dans la précédente. Le poumon gauche était sain.

Ces différentes cavités du foie, de la plèvre et du poumon contiennent dans leur intérieur une assez grande quantité de flocons d'un jaune bien foncé; ces flocons peuvent être insufflés, et il est facile de voir alors que ce sont autre chose que des hydatides mortes et qui sont supprimées.

Le kyste hydatique est, comme à l'état le plus

ordinaire, composé, ici, de deux membranes, l'une externe, fibreuse et résistante, en rapport avec le tissu du foie sain, mais dur et condensé; l'autre interne et tomenteuse. Dans l'intérieur de ce kyste, on trouve une grande quantité de pus épais, concret dans certains points, et d'une couleur jaunâtre plus ou moins foncée. Au milieu de ce pus, se voient un grand nombre de pellicules, les unes libres et flottantes, les autres adhérentes aux parois du kyste. Il a été facile à M. Poumet et à moi d'insuffler ces petites poches et de voir que c'étaient de véritables acéphalocystes mortes, et dont plusieurs étaient plus ou moins détruites par la suppuration du kyste principal.

Puis, ce qu'il y a de curieux, c'est qu'après avoir lavé ce kyste pour en examiner la face interne, on trouve celle-ci perforée d'une dizaine de petits pertuis dans lesquels peut pénétrer un gros stylet. Une dissection attentive nous montre que ces pertuis sont les orifices de canaux biliaires dilatés et ouverts dans le kyste. Quelques-uns de ces canaux ont près de deux lignes de diamètre, et cela dans l'étendue de plus de dix pouces (près de 3 centimètres); un grand nombre offre des embranchements moins régulièrement dichotomiques également dilatés. Il ne nous est pas possible de voir d'une manière certaine si ces dilations communiquent encore avec la cavité des autres canaux biliaires. Cependant, dans quelques-unes de ces dilations, il nous semble que là où elles finissent, nous trouvons le petit orifice capillaire du canal biliaire qui avait alors conservé son calibre normal. Dans l'intérieur de ces dilations on trouve une espèce de muco-pus teint en jaune par une assez grande quantité de bile avec laquelle il est mélangé.

Tout autour du kyste, le tissu du foie est dense, d'une couleur rouge plus prononcée que dans les autres points de cet organe, et parsemé d'un grand nombre de petites céphalocystes solitaires et presque toutes mortes. Comme

le kyste principal, leur intérieur est rempli d'une matière purulente, calciforme, on peut dire tuberculeuse colorée également en jaune. L'un de ces kystes, de forme ovoïde, et qui peut avoir environ 10 lignes de long sur 7 à 8 de large, renferme 8 petites concrétions calcaires, rudes et dures; leur forme est celle de petites capsules d'une ligne de diamètre; elles se laissent difficilement briser et adhèrent fortement à la paroi interne du kyste.

Enfin, au milieu de toutes ces acéphalocystes solitaires, nous avons trouvé un marron squirrheux du volume d'une petite noix.

Dans tous ses autres points, le tissu hépatique est resté sain et normal.

Quant au poumon, il y a ceci de très remarquable que la base du poumon est adhérente dans tous ses points à la surface supérieure du diaphragme: aussi la fistule hépato-pleurale est-elle tout à fait en dehors et accolée à la face interne des côtes. Nous avons trouvé des acéphalocystes que l'expectoration et la suppuration avaient transportées du foie dans la cavité du lobe moyen et même dans celle du sommet du poumon. Ces cavités ne paraissent être autre chose que des cavernes tuberculeuses altérées par le pus hépatique qui les a traversées, et la suppuration abondante dont elles ont elles-mêmes été le siège. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est qu'on trouve une infinité d'autres petits tubercules crus ou ramollis autour de ces cavités. Or, la présence de ces tubercules voisins, ayant échappé à M. Houel, l'a empêché de reconnaître la véritable nature de ces cavités pulmonaires.

Les kystes acéphalocystiques du foie, qui se font jour dans la poitrine, ont jusqu'ici offert trois modes de formation différents: 1. Ils perforent le diaphragme, traversent la base du poumon, qui est adhérente à ce muscle, puis les acéphalocystes passent dans les bronches et sont expectorés; c'est là de beaucoup le cas le plus commun;

2^o ils s'ouvrent dans la cavité de la plèvre, le poumon est refoulé à la partie supérieure, et les malades meurent plutôt par asphyxie et suffocation que par l'abondance de la suppuration. Les observations de ce genre sont rares. M. Barrier n'a pu trouver que deux faits semblables, qu'il a publiés dans son excellente thèse; l'un est dû à M. Cruveilhier, et l'autre à M. Clemot de Rochefort, et publiés dans la *Lancette* du 20 mai 1832. 3^o Ils s'ouvrent dans la cavité de la plèvre, puis, là, les acéphalocystes ou le pus perforent la plèvre pulmonaire, traversent ainsi le poumon et passent dans les bronches pour être expectorés au dehors. Jusqu'ici, il n'y avait qu'un fait, observé dans le service de M. Fouquier, et publié d'une manière très incomplète dans la *Clinique des hôpitaux* de 1828; encore, dans ce fait, la cavité de la plèvre a-t-elle été envahie complètement, et le poumon refoulé le long de la colonne vertébrale. Cette cavité communique avec l'extérieur par plusieurs fistules pleuro-bronchiques.

L'observation dont nous nous occupons montre, au contraire, que la cavité de la plèvre n'est pas toujours envahie dans sa totalité par le liquide contenu dans le kyste acéphalocyste; en second lieu que, contrairement à l'opinion de M. Cruveilhier, il peut se former une fistule hétopleurale, quoique la base du poumon soit adhérente dans tous ses points au muscle diaphragme; car, je le répète, connaissant l'opinion de notre honorable président, M. Poumet et moi nous avons disséqué cette partie avec le plus grand soin. Nous avons dit que la fistule était en dehors, le long des côtes, et ayant laissé intact, à sa partie interne, le tissu du lobe antérieur du poumon.

Cette pièce pathologique est encore opposée à l'opinion de M. Cruveilhier, en ce qu'elle montre, comme M. Barrier l'a également dit dans sa thèse, que les kystes acéphalocystes sont assez souvent dans un nombre supérieur à quatre. Remarquons toutefois qu'ici ces kystes ne sont pas

différenciés dans tous les points du tissu hépatique , mais réunis autour du kyste principal ; circonstance bien digne de votre attention , en ce qu'elle n'eût pas été , je pense , une contre-indication à l'emploi du traitement si hardi et si ingénieux de M. Recamier , dans le cas où ce kyste se serait porté vers les parois abdominales.

La disposition des canaux biliaires , que nous avons vus dilatés et s'ouvrant dans le kyste principal , a déjà été observée par un de vos membres , M. Charcelay , qui en a publié un cas dans vos bulletins ; ces deux observations méritent d'être rapprochées du fait extrêmement curieux , observé par M. Saussier , et rapporté dans la thèse de M. Barrier. Or , dans ce fait , les parois de trois kystes hydatiques étaient poussées par les parois mêmes des canaux biliaires dilatés , et l'un de ces kystes communiquait avec le canal hépatique qui avait acquis le volume de l'index. M. Charcelay a également publié , dans vos bulletins , un cas où une acéphalocyste était engagée dans le canal cholédoque ; on dit encore avoir trouvé une acéphalocyste dans la cavité de la vésicule biliaire. Tous les faits de cet ordre , plus nombreux et mieux étudiés , jetteront peut-être quelque lumière sur le siège ou le développement de ces entozoaires.

Enfin , Messieurs , il faut encore noter ici la présence du marron squirrheux qu'on a trouvé autour du kyste principal ; car on sait , et M. Barrier l'a également dit dans sa thèse , que la tumeur hydatique coïncide rarement avec la présence de quelque autre produit accidentel dans le foie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 6. — (Août 1841.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

[Extrait des procès-verbaux des séances de la société.]

Présidence de M. Cruveilhier.

1. Vers lombrics dans le péritoine, sortis à travers une perforation de l'appendice cœcal. — 2. Rétrécissement de l'œsophage. — 3. Péricardite latente. — 4. Phlébite présumée de la veine ombilicale. — 5. Prolapsus de la muqueuse urétrale; infiltration purulente de plusieurs os. — 6. Anomalie des branches de l'aorte. — 7. Trois hernies d'un même côté. — 8. Fracture intracapsulaire du col du fémur. — 9. Absence du corps du fémur. — 10. Congestion de la substance grise chez un tétanique. — 11. Abscès du rein ouvert dans le poumon.

1. M. Becquerel communique un cas d'issue de vers lombrics dans la cavité péritonéale à travers une perforation de l'appendice cœcal; l'enfant avait présenté quelques symptômes de fièvre éruptive, et était mort promptement. On a trouvé plusieurs lombrics dans le péritoine; un d'eux était passé par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons; deux autres sont restés comme étranglés dans

XVI^e ANNÉE.

11

la perforation que l'on voit à l'extrémité de l'appendice vermiforme, et ont empêché l'épanchement de matières stercorales dans le péritoine.

2. *M. Mazet* fait voir un rétrécissement de l'œsophage, recueilli sur une femme qui avait pris, le 27 septembre dernier, 40 à 60 grammes d'acide sulfurique concentré. Il était survenu une dysphagie qui, augmentant peu à peu, avait fini par amener un obstacle complet au passage des matières alimentaires. On fit pénétrer une sonde par la bouche à 14 poudces de profondeur. Là, on rencontra un obstacle insurmontable; on put néanmoins injecter du bouillon. Des crachats purulents et fétides avaient eu lieu il y a deux mois. L'œsophage offre deux rétrécissements : l'un est à un ponce au dessus du cardia; l'autre, plus considérable, est situé un peu plus haut, présente une ulcération consécutive à un abcès développé dans l'épaisseur des parois, abcès qui, s'ouvrant dans le canal, avait donné lieu à l'expectoration purulente.

3. *M. Renaudin* présente un exemple de péricardite qui est restée latente pendant la vie : une jeune femme de 19 ans, arrivée seulement à deux mois de la grossesse, fit une fausse couche à la suite de laquelle elle fut prise de douleurs dans l'abdomen, et bientôt d'infiltration générale. Arrivée pendant les premiers jours de mai à l'hôpital de la Charité, dans le service de *M. Cruveilhier*, elle offrait une dyspnée considérable, 50 inspirations par minute, une infiltration des membres inférieurs et les signes d'un hydrothorax dans toute la hauteur de la poitrine du côté droit, et dans le tiers inférieur seulement du côté gauche.

Le cœur ne présentait aucun bruit anormal, ni d'irrégularité dans ses battements. Le troisième jour, l'asphyxie devint tellement imminente que *M. Cruveilhier* pratiqua du côté droit l'opération de l'empyème, et donna issue à une sérosité claire et limpide. Il y eut une amélioration sensible; la dyspnée diminua; mais, au bout de quelque temps, la suffocation reparut et la malade succomba. On a trouvé que l'hydrothorax s'était reproduit presque complètement du côté opéré, et que de plus il y avait une péricardite avec adhérence dans toute leur étendue et épaississement considérable des feuillets opposés de la séreuse du cœur. Le cœur n'était point hypertrophié; ses orifices étaient sains; il y avait seulement dans la ventriculaire, droite et l'artère pulmonaire une rougeur que l'on doit regarder comme un effet cadavérique. Il faut expliquer l'absence des bruits anormaux qui a empêché de reconnaître la maladie par cette adhérence com-

piète des feuillets pariétal et viscéral de la séreuse péricardique. Il y avait une pleurésie granuleuse à gauche, et des tubercules au sommet de chacun des deux poulmons.

4. M. Depaul raconte qu'une femme enceinte de six mois vint avorter à la Clinique. L'enfant présentait tous les signes de ce qu'on appelle à tort, suivant M. Depaul, *la putréfaction du fœtus*. Ne trouvant aucune cause pour expliquer la mort de ce fœtus, il examina avec soin le cordon ombilical et reconnut un renflement au niveau de son insertion au placenta ; ce renflement était causé par une dilatation de la veine ombilicale, dont les parois étaient en même temps épaissies ; sa surface interne était rugueuse, et il y avait un caillot adhérent, de couleur grisâtre, dans le point épaissi : M. Depaul se demande si l'on ne pourrait pas regarder ce fait comme un exemple de phlébite de la veine ombilicale.

5. M. Turignot présente plusieurs pièces :

1° Un cas de prolapsus de la muqueuse urétrale observé sur une jeune fille de 5 ans et demi qui entra, il y a trois semaines, à l'hôpital des enfants malades, avec tous les signes d'une phthisie déjà avancée. Elle présentait de plus, à la vulve, une tumeur d'apparence fongueuse, du volume d'une petite noix que déjà un chirurgien avait prise pour un prolapsus du vagin. Mais cette tumeur offrait à son sommet un orifice par lequel une sonde fut introduite dans la vessie ; on reconnut alors qu'elle était formée par une lésion de la muqueuse de l'urètre ; et comme elle était excoriée, douloureuse pendant la marche, on en fit l'excision. L'enfant a succombé aux progrès de la phthisie, et l'on voit à la face interne du canal urétral une plaie non encore cicatrisée, qui indique que la muqueuse du canal formait bien en effet la tumeur, et a été excisée.

2° Une infiltration purulente de plusieurs os, trouvée sur un enfant de 10 ans, qui était venu du Piémont à pied, faisant sept à huit lieues par jour. Le cinquième jour de son arrivée, il est pris de fièvre, et entre bientôt à l'hôpital. On constate un abcès considérable de la jambe et de la cuisse gauches, que l'on ouvre. Le lendemain, on trouve au membre inférieur droit un autre abcès qui, incisé, donne aussi une très grande quantité de pus. On constate en plusieurs points la dénudation des os ; de plus l'auscultation fait croire à un épanchement pleurétique du côté gauche. L'enfant est mort épuisé : à l'autopsie, on a trouvé les muscles décollés aux deux jambes, et le périoste des fémurs et des tibiaux détruit en plusieurs points, et dans d'autres ayant fourni un peu de matière osseuse. Après avoir été

verticalement le fémur droit, on a trouvé une infiltration purulente très prononcée de la substance spongieuse de son extrémité inférieure ; cette substance n'est nulle part hypertrophiée ; elle est même détreinte en plusieurs points ; cette altération, qui ne ressemble en rien à l'infiltration tuberculeuse, se rencontre exactement semblable dans le tibia gauche. De plus, il y avait du pus dans l'articulation coxo-fémorale gauche et dans celle du genou droit. Le péricarde renfermait une grande quantité de sérosité purulente, mêlée à des flocons albumineux, qui l'avait fait saillir du côté gauche, et avait fait croire à un épanchement pleurétique ; point d'abcès dans le poumon et dans le foie ; M. Tavignot pense qu'il faut attribuer ces diverses altérations à la diathèse purulente.

6. M. Demeaux présente une anomalie des branches de l'aorte. Il n'y a pas de tronc brachio-céphalique ; mais il y a un tronc bicarotidien ; la sous-clavière gauche naît à sa place ordinaire ; mais la droite vient du commencement de l'aorte descendante et passe derrière l'œsophage pour arriver à sa place ; enfin les deux artères sous-clavières passent au-devant du muscle scalène antérieur, et non dans l'intervalle des deux scalènes.

7. M. Demeaux fait voir encore une pièce desséchée, sur laquelle on voit du même côté trois hernies, une inguinale et deux crurales. La première est inguinale externe ; des deux hernies crurales, l'une s'est faite comme dans les cas ordinaires, en dedans de l'artère épigastrique ; l'autre, au contraire, plus externe, plus volumineuse, est en dehors de cette artère. Les orifices des deux sacs sont séparés l'un de l'autre, par un intervalle d'environ un pouce. M. Demeaux fait remarquer que l'artère épigastrique, refoulée en dedans par la hernie inguinale déjà ancienne, est venue former une espèce d'anse, dont la concavité embrassait la partie supérieure du sac de la hernie crurale la plus interne.

8. M. Gaubric montre une fracture intra-capsulaire du col du fémur ; le fragment supérieur, dont l'axe est obliquement dirigé d'arrière en avant et de dedans en dehors, est venu se placer au-dessus du petit trochanter ; la surface fracturée présente un bon nombre de saillies anguleuses très prononcées. Du côté du fragment inférieur, il y a des enfoncements pour recevoir ces dernières saillies ; en sorte qu'il y a eu écrasement du col et emboîtement des fragments l'un dans l'autre, d'où est résultée leur immobilité. Ces fragments sont en outre maintenus par un tissu fibreux épaissi, qui semble formé par un prolongement réfléchi de la capsule articulaire. Il n'y

a entre eux ni effusion de substance plastique, ni épanchement sanguin.

La malade, âgée de 82 ans, avait présenté à la suite d'une chute sur la hanche gauche : rotation du pied en dehors, absence de raccourcissement et de crépitation, douleurs très vives dans les mouvements et dans la marche qui a pu avoir lieu.

9. M. *Estevenet* met sous les yeux de la Société le membre inférieur gauche d'une femme trouvée à l'amphithéâtre, et qui semble au premier abord n'avoir point de cuisse. Cela tient à ce que le corps du fémur manque complètement; il n'existe que les extrémités de cet os, ce qui lui donne une longueur très peu considérable. La cavité cotyloïde manque; tous les muscles de la cuisse existent, à l'exception de celui qui s'attache au corps du fémur, le triceps; le grand fessier envoie au péroné une insertion tendineuse que l'on peut regarder comme le rudiment de l'expansion aponévrotique que le fascia lata recevant supérieurement l'insertion de ce muscle, envoie inférieurement au péroné dans les cas ordinaires.

10. M. *Lambron* fait voir le cervelet et une partie du cerveau d'un malade qui a succombé au bout de vingt heures à des accès tétaniformes. La raideur n'était pas très prononcée; mais il y avait par moments des contractions très violentes et de la gêne dans la respiration; la substance grise est partout congestionnée; les membranes le sont aussi surtout au niveau du cervelet. La substance grise du mésocéphale était en même temps plus rosée qu'à l'ordinaire; sans rien conclure de ce fait, dans lequel peut-être la congestion sanguine de la substance grise devrait être attribuée à la gêne de la respiration, M. *Lambron* pense cependant qu'il faut en tenir compte.

11. M. *Boucher* présente un exemple d'abcès du rein gauche ouvert dans les poumons; cet abcès avait été causé par la présence d'un calcul néphrétique, que l'on voit encore dans l'intérieur de l'organe. Le rein transformé en un véritable kyste était uni au diaphragme par un tissu cellulaire rougeâtre; on voit en avant un trajet fistuleux qui s'ouvre largement dans le poumon; l'orifice rénal de ce trajet a environ une ligne de diamètre. Ces pièces proviennent d'une femme de 40 ans, entrée à l'*Hôtel-Dieu* annexe au mois de mars dernier, avec une tumeur dans la région lombaire et des urines purulentes. Il y a un mois seulement que le pus a commencé à se faire

jour par les bronches ; à partir de cette époque, la pression sur la tumeur provoquait la toux et une expectoration de pus. La présence de ce liquide a cessé d'être constatée dans les urines depuis quelque temps ; cela s'explique par l'oblitération de l'urètre.

anévrisme faux consécutif d'une des branches de l'artère crurale, situé dans la paroi d'un abcès.

Observation recueillie par M. Charles TARDIEU, interne des hôpitaux.

Le 20 avril 1841, fut apporté dans le service de M. Velpeau, le nommé Froger (François) âgé de 40 ans, carroyeur, venant d'un service de médecine. Cet homme présente à la cuisse droite une tuméfaction considérable, occupant presque toute la région antérieure et interne; la peau est tendue, douloureuse au toucher, sans autre changement de couleur qu'une légère teinte jaunâtre ecchymotique; on sent une fluctuation profonde et très étendue dans tous les sens; vers le tiers inférieur de la cuisse, à la partie interne, on remarque une petite plaie arrondie, ayant à peu près le diamètre d'une pièce de deux francs; au milieu de cette plaie existe une tumeur du volume d'une noix, surmontée de quelques bourgeons charnus, et qu'on peut facilement circonscrire à cause de sa consistance; cette tumeur offre des battements isochrones aux pulsations artérielles; à l'auscultation elle ne donne aucun bruit particulier; les pulsations de l'artère fémorale sont parfaitement normales ainsi que celles de la poplitée. En comprimant le premier de ces vaisseaux au dessus de la tumeur, on fait cesser toute espèce de battements dans cette dernière. La jambe est oedématisée; le pouls est petit, accéléré. L'état général est assez grave.

Voici les renseignements qui m'ont été communiqués

sur ce qui s'est passé pendant le séjour du malade dans les salles de médecine.

Entré le 29 mars 1841 à la Charité dans le service de M. Cruveilhier, cet homme, dont la constitution et le tempérament ne présentaient rien qui méritât d'être noté, éprouvait, depuis plusieurs semaines vers le tiers moyen de la partie antérieure et interne de la cuisse droite, des douleurs sourdes dont il ne put indiquer d'autre cause que la fatigue résultant de sa profession; les douleurs augmentaient par la pression et les mouvements, et leur intensité s'était toujours accrue jusqu'à l'époque de son entrée; la marche était alors devenue très pénible; l'appétit avait diminué; la région occupée par la douleur présentait du gonflement et de la tension sans rougeur; du reste, l'état général ne s'était pas sensiblement altéré; le malade éprouvait seulement le soir quelques frissons suivis de sueurs.

En examinant la partie tuméfiée, on reconnut facilement l'existence d'une fluctuation assez étendue et paraissant superficielle; les émollients simples et quelques résolutifs furent employés, et n'amènèrent aucun changement, le volume de la tumeur augmentait lentement, les douleurs persistaient toujours sans fièvre et la fluctuation se prononçait de plus en plus. Le 10 avril, on appliqua sur le point le plus saillant un morceau de potasse caustique dans le but de donner issue au liquide dont on avait constaté la présence, et après deux jours l'escharre n'étant point encore détachée, M. Cruveilhier la fit inciser; cette incision ne suffit point; il fallut faire pénétrer la lame du bistouri très avant dans les chairs pour arriver au foyer. On vit alors s'écouler une grande quantité de pus crémeux mêlé à quelques grumeaux de sang altéré; l'abcès se vida complètement, et ce ne fut que quelques instants après qu'on aperçut au fond de la plaie un jet saccadé de sang rouge qui devait nécessairement venir

d'une artère blessée par le bistouri ; on fit quelques tentatives pour saisir le vaisseau et le lier, mais elles furent sans résultat ; un bandage fortement compressif fut immédiatement appliqué, et resta deux jours ; au bout de ce temps, le malade ayant voulu se lever et marcher, de vives douleurs survinrent ; on fut obligé d'enlever le bandage, la peau était devenue rouge et tendue, la moindre pression était entièrement douloureuse, le poulx était accéléré ; une vive inflammation s'était emparée de toute la région antérieure de la cuisse. C'est dans cet état que le malade fut transporté dans le service de chirurgie, où l'on put observer les symptômes dont nous avons donné plus haut l'énumération.

Pendant les premiers jours, M. Velpeau fit exercer sur la cuisse et la jambe une compression modérée s'arrêtant au voisinage de la tumeur, de manière à la laisser à nu, ainsi que la plaie qui fut pansée simplement et recouverte de cataplasmes.

L'état du malade parut d'abord s'améliorer un peu ; mais cette amélioration fut de courte durée ; la fluctuation persista ; le 5^e jour une ponction exploratrice fut faite avec un bistouri étroit, à deux pouces en dehors de la petite tumeur : il s'en écoula quelques gouttes de pus. M. Velpeau se décida alors à pratiquer dans le lieu de la ponction une large incision d'où s'échappèrent aussitôt des flots de pus noirâtre et d'une fétidité repoussante : le doigt introduit dans la plaie put arriver jusque sur la tumeur, dont l'examen exact ne laissa plus aucun doute sur l'existence d'un anévrysme faux consécutif, formé dans la paroi d'un vaste abcès ; en saisissant la tumeur dans divers sens, on reconnut parfaitement les mouvements d'expansion correspondant aux pulsations artérielles. (Il faut noter ici une particularité assez curieuse qui eut lieu immédiatement après l'incision, lorsque le pus se fut écoulé, les battements cessèrent complètement dans

la tumeur, et on ne les vit apparaître que quelques minutes après.)

L'état du malade s'aggrave de jour en jour, le pus sort difficilement des nombreux clapiers où il séjourne malgré la compression qu'on exerce de haut en bas sur la cuisse, une second ouverture est faite à deux pouces en dehors de la première; on passe une mèche à séton allant de l'une à l'autre, et l'on fait matin et soir des injections d'eau tiède dans le foyer, afin d'entraîner le pus; ces moyens produisent peu d'effet; le pus continue à s'étendre dans divers sens; il finit par se porter vers la partie supérieure de la cuisse en avant et en dedans, une large incision est pratiquée dans cette région, et il en sort une énorme quantité d'un pus aussi fétide que le premier; le malade est pris de diarrhée et de sueurs; l'affaiblissement se prononce, tous les symptômes de la fièvre hectique se déclarent, chaque matin, les pièces du pansement sont inondées d'un pus infect; enfin le malade meurt le 8 mai, sans qu'en ait pu rien entreprendre pour le traitement de l'anévrysme.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Le sujet est considérablement amaigri; tous les tissus sont flasques et atrophies comme à la suite de toutes les affections chroniques de longue durée. Les viscères examinés successivement n'offrent rien d'anormal qu'une décoloration très marquée. Toutes les parties qui forment la région antérieure et interne de la cuisse sont baignées par le pus dont nous avons déjà noté les caractères. Les muscles triceps, couturier, droit, interne et adducteurs sont disséqués dans une grande étendue, ainsi que les diverses branches du nerf crural, et les vaisseaux fémoraux; le fémur est complètement dénudé et rugueux à sa partie moyenne et antérieure, dans l'étendue de deux pouces; au dessus et au dessous il est isolé et entouré

de pus, mais encore revêtu de son périoste qui est ramolli et imbibé. Après avoir incisé largement pour donner issue au liquide, on remarque dans ce dernier des lambeaux de tissu musculaire et cellulaire gangrenés qu'il entraîne en s'écoulant. Les muscles adducteurs forment la limite postérieure et interne de l'abcès, la limite externe est beaucoup moins exactement déterminée; du reste, la collection s'étend bien moins profondément de ce côté qu'en dedans; en haut, le pus s'arrête à la partie inférieure de la région inguinale, sans atteindre l'arcade crurale; on observe en ce point un paquet de ganglions engorgés et rougeâtres, en bas le trajet se continue sous le muscle triceps jusqu'au voisinage de l'articulation fémoro-tibiale qui est respectée. — La tumeur anévrysmale paraît un peu affaissée; elle est située à un pouce en dehors et en avant du trajet de l'artère crurale et à deux pouces au-dessus de l'articulation. En la disséquant, on constate qu'elle s'est développée dans l'épaisseur du vaste interne dont elle a écarté les fibres, et qu'elle repose sur une artère musculaire (grande anastomotique de Haller) du volume d'une grosse plume de corbeau, naissant de la crurale un peu avant son entrée dans l'anneau du grand adducteur et allant se perdre dans le muscle triceps. La tumeur est enveloppée d'une couche de tissu cellulaire imbibé de pus; elle présente à peu près le volume d'une grosse châtaigne; on peut l'enucléer facilement, et après l'avoir ouverte, on reconnaît qu'elle est formée par une coque fibrineuse, élastique, enveloppant un caillot de sang de la grosseur d'une noisette; les parties internes de la coque sont rougeâtres et molles, tandis que les couches externes sont d'un gris jaunâtre et beaucoup plus résistantes; l'artère ne peut être suivie au-delà du point occupé par l'anévrysme, et on remarque qu'elle a été coupée dans tout son calibre; son extrémité

bénite était donc comme coiffée par la tumeur, à laquelle elle communiquait ses battements.

*Calculs multiples, développés entre le prépuce et le gland.
Opération, par M. DEMAUX, interne des hôpitaux, aide
d'anatomie de la Faculté.*

Le 25 janvier 1840 est entré à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 2, dans le service de M. le professeur Velpeau, le nommé M..., serrurier, âgé de 22 ans; jeune homme d'une taille moyenne, et doué d'une constitution athlétique; il n'a jamais eu de maladie grave d'aucune espèce; il raconte que dès son enfance il a eu de la difficulté pour rendre ses urines; il avait le bout de la verge très long; chaque fois qu'il voulait uriner il se formait *une boule* qui disparaissait immédiatement; mais le jet de l'urine était irrégulier, contourné en tire-bouchon, et presque sans force, à tel point que le liquide tombait par son propre poids. Vers l'âge de 18 ans, les organes génitaux ont pris un développement assez considérable; jusques-là l'émission des urines devenait de plus en plus difficile, mais il n'éprouvait aucune douleur dans l'intervalle: lorsque les désirs vénériens se furent développés chez lui, il avait fréquemment la nuit des érections très douloureuses, et même des émissions de sperme; néanmoins il n'a jamais vu de femme, dit-il, sachant *qu'il n'était pas conformé comme les autres*. Il semble même qu'il ne se soit jamais livré à la masturbation; quoi qu'il en soit, à partir du moment où il eut des érections fréquentes et des pollutions nocturnes, il fut atteint d'un écoulement continu par l'ouverture du prépuce, d'un liquide lactescent qui tachait son linge comme le liquide gonor-

rique; enfin, comme l'émission des urines devenait de plus en plus difficile, que l'extrémité de la verge devenait de plus en plus volumineuse, et qu'il éprouvait pendant les érections des douleurs très vives, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où nous l'avons vu dans l'état suivant :

Les organes génitaux sont très développés; les deux testicules ont le volume ordinaire; mais le pénis a des dimensions bien plus considérables qu'à l'état normal; peu volumineux à sa racine, il se termine par un renflement qui a le volume d'un œuf de poule; à la partie supérieure, on voit un petit pertuis, qui peut à peine admettre la pointe d'un stylet; mais il est facile de reconnaître que le prépuce est distendu, et que la cavité est remplie par le produit qui constitue la tumeur; un liquide lactescent coule continuellement par l'ouverture; le malade raconte que depuis quelques mois l'émission des urines est devenue douloureuse: une cuisson assez vive se faisait sentir sur toute l'étendue du canal; quelquefois aussi le liquide distendait encore davantage le bout de la verge; il était obligé de porter une épingle dans l'ouverture pour refouler des corps étrangers qui, placés au devant d'elle, empêchaient le liquide de s'échapper.

En pressant légèrement la tumeur, il était facile de constater une crépitation particulière qui indiquait d'une manière positive l'existence de graviers dans la cavité du prépuce; en comprimant en divers sens, on faisait glisser ces corps les uns sur les autres; du reste, le stylet porté par l'ouverture confirmait cette première opinion; le diagnostic était donc bien établi, et l'indication bien précise; le prépuce était rempli de calculs; il fallait les extraire en faisant l'opération du phimosis; le malade ne présentait aucun des signes rationnels d'un calcul vésical.

Le 28 janvier, l'opération fut pratiquée de la manière suivante: une sonde cannelée fut introduite dans le prépuce et dirigée en bas sur les côtés du frein; quand la

pointe vint faire saillie sous la peau, un bistouri long et étroit fut glissé dans la cannelure, et d'un coup, en ramenant le bistouri par le procédé ordinaire, la paroi inférieure du renflement a été coupée; il s'est échappé immédiatement certain nombre de calculs; mais quand les plus volumineux ont été extraits, il en restait encore un grand nombre dans la rainure du gland, dont l'extraction a été difficile, il a même fallu débrider en plusieurs endroits.

L'opération étant terminée, nous avons examiné l'état des organes: le gland avait presque entièrement disparu sous la pression des calculs, il était complètement déformé; le prépuce était épaissi et comme lardacé; il présentait à sa racine au moins 1 centimètre d'épaisseur; aussi M. Velpeau s'est-il demandé s'il ne valait pas mieux l'enlever immédiatement; il a mieux aimé néanmoins le conserver, espérant qu'il diminuerait de volume (pansement simple).

Les calculs étaient au nombre de 38, pesant 15 gramm.; dans le nombre il s'en trouvait de très petits, mais un seul cependant pesait 4 gramm.; leur surface était très polie, leur forme assez régulière; ils présentaient presque tous la forme de pyramides à quatre faces; les arêtes étaient arrondies; cette forme permettait une superposition très exacte. Pour les caractères extérieurs, ces calculs avaient beaucoup d'analogie avec ceux qu'on trouve dans la vésicule du fiel; mais la composition était celle des calculs urinaires; le centre était formé par une matière blanchâtre peu consistante et très friable; autour de cette substance était une couche assez mince d'acide citrique, mais la masse principale était formée par du phosphate ammoniaco-magnésien.

L'opération a eu du reste un bon résultat, la cicatrisation s'est opérée, et par une pression méthodique, le prépuce a été ramené à son état presque normal; le gland est toujours resté difforme; un cathétérisme explorateur a été pratiqué dans le but de s'assurer s'il n'existait pas

aussi des calculs dans la vessie; cet organe étant parfaitement libre, le malade a pu quitter l'hôpital deux mois et demi après son entrée.

Extrait du rapport de M. PIENÉ.

La lecture de cette observation nous a fait apercevoir un phénomène assez intéressant que nous devons vous signaler; car c'est peut-être la première fois qu'il aura été indiqué.

Dans tous les calculs qui se forment au sein des organes, ou dans les réservoirs de sécrétion, on trouve toujours deux matières distinctes: l'une organique ou plastique, l'autre inerte ou inorganique. Sans la matière organique, point de calculs; c'est ce que Wollaston, Marcet, Martin et plusieurs autres ont mis hors de doute. Plusieurs même ont voulu reconnaître l'organe lithogénétique par la nature même de cette matière organique plutôt que par la nature des sels inorganiques.

Partant de ce principe, quelques auteurs ont avancé ce fait, que les organes étaient d'autant plus aptes à la lithogénèse que la sécrétion organique était plus augmentée ou plus accumulée: Si cela est, et nous sommes porté à le croire, il n'est pas étonnant que dans les cas de phimosis congénital, les zoollithes se rencontrent fréquemment dans le prépuce. Là en effet, les matières sébacées se sécrètent en abondance et s'accumulent avec facilité; c'est une terre toute préparée pour recevoir les matières salines, dont l'écoulement est rendu plus difficile par la longueur même du prépuce.

Les calculs du prépuce ont été souvent observés. *Brugnatelli, Gaspér, Penada, Walther, Köhler* les ont particulièrement étudiés; mais, dans presque tous les cas qu'ils

taient, aucun n'était congénital; dans le plus grand nombre de cas, c'est un seul ou quelquefois deux calculs seuls, et cela se conçoit si on réfléchit que la matière organique est plus abondante là que dans la vessie.

L'observation de M. Demeaux offre cela de remarquable que ces calculs étaient multiples (38), et cela tient à une circonstance importante à noter, c'est que depuis longtemps ce jeune homme était affecté d'un balanite chronique, qui entretenait une suppuration permanente; cette suppuration avait pour effet d'entraîner et de détruire une partie de la matière organique et, dès lors d'empêcher l'aggrégation de la matière saline. Et cela, messieurs, est d'autant plus probable que le centre seul de ces calculs contenait de la matière organique, tandis que contrairement à tous les calculs urinaires, les couches superposées n'en contenaient pas.

Cette circonstance rend cette observation très utile pour l'histoire de la lithogénèse.

Céphalalgie intense et opiniâtre, et paralysie incomplète depuis cinq mois et demi. Phthisie pulmonaire aiguë, héréditaire. Mort. Tumeur cancéreuse et tuberculeuse du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Strassité abondante dans le canal vertébral sans altération de la moelle.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur ROCHET;
par M. RAYMOND, élève à l'Hôtel-Dieu.

Brojet (Joseph), âgé de 33 ans, commis; né à Toulouse, est d'une stature au dessus de la moyenne; il a les cheveux bruns, la peau pâle, assez blanche, les membres grêles, le système musculaire peu développé.

Sans avoir jamais été d'une forte constitution, il ne se rappelle cependant avoir éprouvé d'autres maladies qu'une grave indigestion à l'âge de 18 ans, et à 29 ans une aphonie qui a duré trois ans, sans altérer autrement sa santé, et a cédé, au commencement de cette année, à la suite de l'application d'un vésicatoire. Il n'a jamais eu de rhumes, même de courte durée, nous dit-il, et cependant il a quelquefois craché du sang, mais en petite quantité.

Son père est mort presque subitement à l'Hôtel-Dieu; il ignore de quelle maladie; sa mère a succombé à la phthisie pulmonaire, à l'âge de 33 ans; l'année dernière, à la même période de sa vie, sa sœur est morte de la même manière.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 20 mars, Brugger commença à se plaindre par intervalles de douleurs de tête assez violentes pour l'inquiéter sérieusement et lui faire craindre de devenir fou. Il n'y eut jamais de perte momentanée de sa raison; son intelligence même ne baissait pas sensiblement, mais la mémoire diminuait. Quelques semaines plus tard, il éprouva aussi de la faiblesse dans les membres inférieurs; plusieurs fois il fut obligé de se coucher, et le 10 janvier il prit définitivement le lit. Le mal de tête augmenta, mais sans devenir encore continuel; il restait quelquefois jusqu'à quatre jours sans souffrir. La faiblesse se fit aussi sentir dans les membres supérieurs, qui étaient agités de tremblement quand il portait quelque chose à sa bouche. Sa parole, jusque-là très vive, devint lente, la constipation habituelle, mais la défécation toujours soumise à l'empire de la volonté, l'émission des urines plus difficile et quelquefois involontaire. D'ailleurs, il n'y a jamais eu de vomissements, de convulsions, de diminution ou de perversion des sens; jamais de symptômes d'aucune espèce, bornés à toute une partie du corps. Il y a eu dans cette période de la maladie un peu d'amaigrissement, mais aucun dérangement appréciable dans les fonctions des organes de la vie de nu-

trition. L'anaphrodisie a été complète, dès le début de la maladie.

Voici quels furent les principaux symptômes lorsqu'il entra à l'hôpital, le 20 mars 1841.

Douleur de tête épicroânienne, constante, très-vive, augmentant par les mouvements de totalité de la tête, par la mastication et même par l'articulation des mots; de là une immobilité habituelle; de là une lenteur extrême dans la prononciation, pour diminuer l'ébranlement communiqué à la tête par les mouvements des mâchoires; intelligence parfaitement conservée; pas de sommeil; intégrité de tous les organes des sens; paralysie incomplète du mouvement dans les membres inférieurs, avec conservation de la sensibilité; état normal du mouvement et du sentiment aux membres supérieurs; constipation opiniâtre; difficulté dans l'émission de l'urine, que la vessie parvient cependant à effectuer seule et complètement. La colonne vertébrale est droite; la tête est remarquablement allongée et proéminente dans la direction du synciput; le front lui-même est assez haut, quoiqu'un peu fuyant.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, la douleur de tête conserve toujours la même violence; l'état des membres paraît stationnaire; l'intelligence ne semble pas décliner, ni la mémoire s'affaiblir; l'appétit est bon; les digestions stomacales se font sans douleur, mais il faut employer les drastiques les plus énergiques pour avoir des garde-robes.

Il a eu une période de 13 jours sans évacuations alvines.

Le 2 avril, on s'aperçoit que le malade est plus immobile que de coutume, que la tête est fortement fléchie à droite, sans qu'on puisse la ramener à la position médiane, et moins encore du côté opposé. Le décubitus sur le tronc est toujours dorsal; le malade répond difficilement quand

on l'interroge, il souffre du cou et de la tête; il refuse de manger.

Le 3 avril, le malade ne répond que par monosyllabes, et encore avec peine; il comprend même difficilement ce qu'on lui demande. Il peut encore mouvoir les membres inférieurs, mais ce n'est qu'avec beaucoup d'effort qu'il peut porter ses mains jusqu'à sa tête : nous voyons pour la première fois le bras et l'avant-bras gauche agités de mouvements convulsifs; la douleur de tête est toujours violente.

Le 4 avril, le décubitus est toujours dorsal; la tête, toujours inclinée à droite, peut être ramenée à sa rectitude naturelle, mais avec douleur; la prostration est extrême; le pouls à 120; la respiration accélérée, bruyante; l'haleine fétide; il y a de la diarrhée : la mort paraît imminente.

Le 5 avril, il rend par la bouche, à la suite d'un effort de toux, un demi-verre de sang rouge vermeil; l'auscultation fait entendre dans toute la partie antérieure de la poitrine, des râles muqueux et sous-crépitants, surtout à gauche; le décubitus est le même; les mouvements généraux sont plus difficiles; le cou semble moins violemment contourné, mais actuellement à gauche; le mouvement et la sensibilité existent dans les quatre membres, mais le côté gauche paraît plus faible que l'autre, et la commissure des lèvres de ce même côté paraît moins mobile que la droite; la face est injectée, la respiration accélérée, le pouls à 108; pas de garde-ropes; la vessie s'est vidée spontanément.

Le 6, mêmes symptômes avec expectoration fortement sanguinolente, qui continue le 7 et s'accompagne de hoquets; on entend un râle trachéal très sensible; le décubitus est le même, et malgré l'état en général plus grave du malade, la mobilité paraît un peu plus facile et l'intelligence plus lucide.

Le 8 et le 9 il survient des hémoptysies très abondantes;

les forces se relèvent un peu, et l'intelligence du malade revient à peu près à l'état où elle était à son arrivée à l'hôpital.

Continuation de l'hémoptysie, quoique moins abondante, le 10 et le 11.

Le 12, la proportion de sang diminue dans l'expectoration qui est abondante, principalement formée par des crachats muqueux arrondis, opaques, nageant dans un liquide sanguinolent; la motilité et la sensibilité présentent le même état qu'avant la dernière crise; le cou est susceptible d'exécuter des mouvements plus étendus, quoique encore douloureux; il présente d'ailleurs la même inclinaison habituelle à gauche.

A partir du 14, l'hémoptysie cesse complètement, les crachats deviennent de plus en plus manifestement tuberculeux, l'auscultation fait bientôt reconnaître au sommet de chaque poumon une excavation et des tubercules ramollis dans les autres points; il est remarquable, d'ailleurs, qu'à mesure que cette dernière affection fait des progrès, et ils sont rapides, la motilité et le sentiment paraissent gagner quelque chose, et le symptôme dominant de la maladie primitive, la céphalalgie, a disparu depuis la première hémoptysie.

Le malade succombe à l'affection tuberculeuse, le 8 mai, à cinq heures du soir.

Autopsie faite le 10 mai, 36 heures après la mort.

Crâne. Dans presque toute l'étendue du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau, on voit proéminer, au-dessous de la dure-mère, une tumeur d'un aspect lisse, qui lui est intimement unie, et qui, au toucher, présente une consistance très-ferme. La coloration de la dure-mère ne présente rien d'anormal; au-dessous de l'arachnoïde cérébrale on aperçoit une injection générale de la pie-mère, sans que la sérosité soit plus abondante qu'à l'état ordi-

naire. Le cerveau lui-même est un peu plus ferme et un peu plus rosé que sur la plupart des cadavres ; du reste, nulle part ailleurs que dans le lobe indiqué on ne découvre d'altération appréciable. Ce lobe est presque entièrement formé par une tumeur inégale, bosselée, irrégulière, qui, en avant et en dehors, est intimement unie à la dure-mère. Sans qu'on puisse démontrer manifestement entre ces deux parties l'existence de l'arachnoïde et de la pie-mère ; en arrière et en dedans, elle est en rapport avec la substance cérébrale elle-même, qui est ramollie et presque diffluente.

Le volume que présente cette tumeur équivaut à celui d'un œuf de poule ; examinée à l'extérieur, elle se présente sous la forme d'une masse multimamelonnée blanchâtre, très-dure, criant sous le scalpel, qui l'entame difficilement, aussi dense dans l'interstice des mamelons qu'à leur surface ; une incision ayant été faite suivant son plus grand diamètre, on trouve la même substance que je viens de décrire, se prolongeant dans son épaisseur sous forme de cloison, la partageant ainsi en un certain nombre de loges de grandeur inégale, et contenant une matière d'un blanc jaunâtre, homogène, caséeuse, entièrement semblable à celle qui a été trouvée dans les ganglions mésentériques du même sujet, et dont la nature tuberculeuse n'a offert aucun doute. Toutes ces différentes loges communiquent entre elles et ne forment pas autant de kystes distincts.

La substance, dure comme fibreuse ou squirrheuse de l'extérieur, forme, dans plusieurs points de la tumeur, quelques noyaux, sans qu'il soit possible de bien établir, par degrés successifs, la transformation de celle-ci en matière molle et caséeuse. Dans l'intérieur, on ne trouve la trace d'aucune ramification vasculaire, ni d'aucun produit autre que les précédents ; il n'existe pas non plus de granulations tuberculeuses dans la pie-mère, ni de masse de

même nature que la précédente dans les autres parties de l'encéphale.

Canal vertébral. En fendant les lames des dernières vertèbres lombaires, il s'en écoula une quantité considérable, mais qui n'a pu être mesurée, de sérosité limpide et incolore. L'opération terminée, on ne trouva plus que peu de liquide, mais la dure-mère était très lâche dans ce point; les rameaux nerveux qui forment la queue de cheval et remplissent la portion lombaire du canal vertébral encore humides, plus distincts que dans l'état ordinaire. D'ailleurs les membranes de la moelle étaient plutôt décolorées qu'injectées, et le cordon médullaire lui-même, qui conservait sa forme et ses proportions, ne présenta aucune altération; le renflement lombaire, au toucher extérieur, offrait une consistance beaucoup plus grande que les parties situées au-dessus de lui; incisée dans plusieurs sens, la substance grise et blanche, examinée avec attention, présentait aussi la même différence de consistance qu'à l'extérieur, mais sans qu'il fût permis à l'œil et à la dissection d'y reconnaître de modification dans la structure.

Thorax. Les poumons peu adhérents à la plèvre costale avaient un volume considérable; il existait au sommet de chacun d'eux plusieurs excavations assez étendues; chacun des lobes inférieurs et le lobe moyen du poumon droit étaient le siège d'un nombre assez considérable de tubercules miliaires, la plupart isolés et à l'état de erudité; dans l'intervalle de ceux-ci, le tissu pulmonaire était engoué ou même hépatisé, mais au second degré seulement. Le cœur n'était point altéré dans son volume, dans sa consistance, ni dans les proportions relatives de ses différentes cavités; les valvules étaient saines.

Abdomen. Il n'y avait pas d'ulcérations intestinales; la coloration rosée que l'on trouva dans plusieurs points de l'estomac et du canal intestinal fut attribuée aux effets d'imbibition cadavérique.

Les ganglions mésentériques, au nombre de dix ou douze, avaient subi une augmentation considérable de volume; chacun d'eux représentait un véritable kiste à parois assez minces, assez denses, et rempli d'une matière blanchâtre analogue à la pulpe d'une châtaigne bouillie, et que l'on pouvait énucléer facilement par une ouverture même assez petite : c'était de la matière tuberculeuse.

Le foie, la rate et les reins étaient exempts d'altération.

Dans le fait que nous rapportons, plusieurs circonstances relatives à l'anatomie pathologique, au diagnostic, à la marche de cette tumeur, me paraissent dignes de fixer un moment l'attention.

Et d'abord quelle est sa nature? Aucun doute ne peut venir sur la présence de la matière tuberculeuse trouvée au centre de la masse; mais pour la substance qui en forme l'enveloppe, assurément on ne peut lui attribuer la même nature. Le tissu squirrheux est celui dont l'apparence s'en rapproche davantage; l'absence de cette production dans d'autres parties de l'économie, et la rareté moins grande, peut-être qu'on ne le pense, de la réunion du cancer et du tubercule sur le même sujet, ne me paraissent pas devoir combattre victorieusement mon opinion, que confirme, jusqu'à un certain point, le symptôme principal observé pendant la vie et presque le seul pendant les premiers temps, je veux parler de la douleur sur laquelle il a été donné d'assez longs détails dans l'observation recueillie au lit du malade.

L'absence de paralysie du mouvement ou de la sensibilité bornée à une partie du corps, ne permettait pas de soupçonner avec quelque vraisemblance la forme et le siège circonscrit de la maladie. Une douleur violente et continue, rien de plus dans les manifestations pathologiques du cerveau, voilà avec quels éléments il fallut porter le diagnostic; aussi celui de méningite chronique de la base, ce dernier point signalé à cause de l'intégrité

de l'intelligence, ne fût-il adopté qu'à défaut d'un meilleur.

Plus tard, quand éclata l'hémoptysie, quand se développèrent avec tant de rapidité tous les symptômes de la phthisie pulmonaire qui emporta le malade en cinq semaines; quand on observa pendant deux jours la contraction des muscles du cou, les mouvements convulsifs du bras gauche, l'idée d'une tumeur tuberculeuse pouvait venir à l'esprit; mais deux ou trois jours après, les contractures, les mouvements convulsifs avaient disparu pour faire place à la liberté du mouvement; la céphalalgie même cessa pour ne plus reparaitre.

Enfin à quelle cause dût-on rapporter pendant la vie la paraplégie incomplète avec intégrité des fonctions de locomotion et de sensibilité des membres supérieurs? à une affection chronique de la moelle. C'était assurément, en ne se prononçant pas sur la nature de la lésion, un diagnostic très prudent, et cependant on n'a trouvé à l'autopsie d'autre cause appréciable qu'une compression de la moelle par le liquide céphalo-rachidien, et la source de celui-ci me paraît devoir être recherchée dans la participation de l'arachnoïde et de la pie-mère à la maladie du lobe antérieur droit du cerveau, je devrais peut-être plutôt dire à l'origine de la maladie dans ces membranes, et alors la dégénérescence du cerveau serait consécutive. On ne voit pas habituellement les tumeurs formées au centre d'un hémisphère, sans communication avec les membranes extérieures ou les ventricules, déterminer une semblable sécrétion, et, partant, une paraplégie due à cette cause. La coïncidence de ce dernier symptôme et de phénomènes cérébraux, ne pourrait-elle pas ultérieurement conduire à soupçonner que la maladie a son siège dans les membranes extérieures ou ventriculaires, ou dans leur voisinage; je n'émetts cette opinion qu'avec la réserve commandée par l'autorité de deux faits; car j'ajoute que, dans un cas de tumeur cancé-

reuse du quatrième ventricule sans lésion de la pulpe cérébrale, observé dans le même service, il y a peu de temps, il existait aussi une paraplégie sans autre cause appréciable que la compression de la moelle par le même liquide céphalorachidien.

L'absence de l'hémiplégie, malgré le volume de la tumeur, est un fait trop commun pour que je m'y arrête. On sait depuis longtemps que la condition nécessaire pour que ces tumeurs restent ainsi latentes, c'est la lenteur de leur développement. La contracture et les mouvements convulsifs, dans le côté du corps opposé à la tumeur, doivent être considérés comme le résultat d'une congestion momentanée dont la tumeur a été le point de départ; c'est encore là une explication suffisamment appuyée par l'observation de ce qui arrive dans les affections du cerveau, qui s'accompagnent assez souvent de phénomènes passagers et éphémères dont la mobilité n'est pas en rapport avec la lenteur du développement et le volume constant de ces tumeurs.

Tétanos traumatique.

Observation recueillie par M. LAMBON, interne des hôpitaux.

Dimanche, 4 avril, à dix heures du soir, on apporta sur un brancard, à l'hôpital de La Pitié, le nommé Raban (Pierre-Jean), âgé de 45 ans, menuisier.

Cet homme est étendu sur un brancard, couché sur le dos, la tête déjetée en arrière et les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre; les muscles masseters et temporaux, ceux du cou, et principalement ceux de la partie postérieure de cette région, sont durs et violemment contractés; le tronc est un peu raide, les membres supérieurs

et inférieurs sont un peu moins flexibles qu'à l'état ordinaire ; cependant, le malade peut les mouvoir et les ployer à volonté. La tête et le cou sont congestionnés : aussi la peau de ces parties est-elle d'une couleur légèrement bleuâtre. Le poulx fort, plein, développé et résistant, bat environ quatre-vingt-dix fois; le front, la face, le cou et la partie supérieure du tronc sont couverts de sueur, la peau du reste du corps est à l'état normal ; l'intelligence du malade est intacte, et malgré le trismus auquel il est en proie, il répond à toutes les questions.

Cet homme, d'un tempérament mal caractérisé, mais un peu nerveux, est habituellement d'une bonne santé, fort et vigoureux : il fait quelquefois des excès alcooliques. Il y a environ quinze jours, en travaillant, il se blessa assez rudement au pouce de la main gauche. Il continua néanmoins de travailler, et se borna à appliquer des cataplasmes. Mais, mardi dernier (30 mars), les douleurs étant devenues très vives et le pouce très gonflé, il alla consulter un médecin, qui lui dit qu'il avait une luxation de la première phalange sur la deuxième ; celui-ci la réduisit et appliqua un appareil ; comme la main droite n'était point blessée, le malade continua son travail ; mais deux jours après, le pouce devint très douloureux ; le malade enleva son appareil. Le 3 avril les douleurs furent moindres, seulement il éprouva du malaise ; il dormit mal pendant la nuit, et, le 4 avril, il n'osa pas prendre la goutté d'eau-de-vie qu'il prenait habituellement tous les matins : il la remplaça par un petit verre d'absinthe. Dans le courant de la journée le malaise continua ; dans l'après-midi, il eut froid, s'approcha du feu, auprès duquel il trembla, et ce fut à partir de ce moment que les muscles de la face se contractèrent, que les mâchoires furent violemment serrées ; bientôt après, les muscles du cou se raidissent ; il est obligé de se coucher ; enfin, le soir, la maladie ayant toujours augmenté, plusieurs fois des contractions violentes et doulou-

roulés s'étaient manifestées dans les membres inférieurs ; c'est ainsi qu'on l'amena à l'hôpital, où nous le vîmes dans l'état que nous avons décrit.

Après avoir recueilli ces détails, j'examinai le pouce ; le doigt, très tuméfié, est doublé de volume ; du côté de la face palmaire dans le pli qui répond à l'articulation de la première avec la deuxième phalange, existe une plaie qui, transversalement, comprend les trois quarts du pouce, et qui, de bas en haut, présente une étendue de 4 à 5 millimètres ; au fond, on aperçoit le tendon du long fléchisseur du pouce ; mais on ne peut voir si cette plaie communique avec l'articulation ; seulement on constate que les mouvements imprimés à cette articulation, sont douloureux et un peu difficiles. Les bords de la plaie sont d'une couleur jaune, brunâtre ; la suppuration est sanieuse.

On pratique une saignée de plus d'une livre ; le sang paraît très fibrineux ; cependant, le lendemain, il ne présente pas de couenne ; le caillot, peu ferme, était au fond du vase et recouvert par de la sérosité normale.

Une heure après, on applique 20 sangsues disséminées sur les apophyses mastoïdes et sur la région postérieure du cou.

Le pouce fut placé pendant plusieurs heures dans un bain émollient, puis recouvert d'un cataplasme fortement laudanisé.

Le lendemain matin, avant la visite, le malade eut plusieurs accès tétaniques ; le trismus, l'opisthotonos et les contractions des extenseurs des muscles n'avaient pas lieu, de telle sorte que les membres violemment tendus restaient fixes et immobiles ; mais ils étaient tremblants et agités spasmodiquement ; on pouvait dire que ces contractions étaient *semi-cloniques* ; tandis que, les accès passés, on n'observait plus que les contractions vérita-

blement *tétaniques* des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, des extenseurs du cou et de la partie supérieure du tronc; aussi, dans ces cas, toutes ces parties étaient-elles complètement immobiles.

De cette observation, il résulterait donc, que dans le tétanos, on remarque, comme état ordinaire et constant, des convulsions *tétaniques*, et dans les accès, des convulsions *semi-cloniques*.

A la visite, l'état général est le même, et le pouls, malgré l'abondante émission de sang de la veille, conserve son rythme, sa force et sa fréquence. M. Sarre prescrivit une seconde saignée de quatre palettes et fit appliquer sur la partie supérieure du sternum, un vésicatoire avec la pommade de Gondret.

Lorsque, je revins, à 11 heures, pour appliquer de l'acétate de morphine, le malade venait de mourir dans un accès de convulsions. Je dois noter que le malade n'a pas eu de selles, et qu'il est resté près de 30 heures sans uriner.

Autopsie.

Cet homme, de taille moyenne, a les muscles des membres supérieurs et de la partie supérieure du tronc très développés comparativement à ceux des membres inférieurs; cet état est dû, sans aucun doute, à la profession de menuisier.

La tête, le cou, et la partie supérieure du tronc sont encore congestionnés et d'un rouge bronzé.

Les membres sont souples ainsi que les muscles qui meuvent les mâchoires et ceux de la partie postérieure du cou. Ces muscles qui, pendant la vie, avaient été violemment contractés n'ont même pas la rigidité cadavérique que l'on trouve quelquefois sur d'autres sujets. Disséqués et mis à nu, leur consistance paraît normale, seulement ils sont d'un rouge blême assez marqué.

Le rachis et le crâne ouverts n'offrent rien à noter ; la dure-mère cérébrale et rachidienne enlevée, on trouve que l'arachnoïde, au moment où en arrière elle quitte le cervelet, pour se porter sur la moelle, et par conséquent là où elle forme l'espace sous-arachnoïdien postérieur et inférieur, est soulevée par une sérosité rougeâtre et trouble, dont on peut évaluer la quantité à celle d'une cuillerée à bouche. Cette membrane est résistante, paraît légèrement épaissie et offre de petites taches blanchâtres, que l'on pourrait comparer aux taies qu'on observe sur la cornée transparente.

L'arachnoïde cérébrale donne lieu à la même observation dans beaucoup de points ; mais surtout sur le cervelet et la partie postérieure et supérieure des lobes cérébraux ; sa résistance est telle qu'on peut enlever, de dessus les circonvolutions cérébrales, de grands lambeaux de cette membrane et de la pie-mère.

La consistance du cerveau et de la moelle paraît normale ; mais la substance grise, partout où elle se trouve, à l'extérieur de l'encéphale comme à l'intérieur du cerveau et de la moelle, est d'un rose foncé extrêmement marqué, et qui tranche de la manière la plus frappante avec la couleur blanche et normale de l'autre substance ; cet état est surtout remarquable sur les coupes du cervelet. La substance blanche et les vaisseaux ne présentent aucune congestion notable. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité semblable à celle que nous avons déjà observée.

Des deux côtés, la plèvre pulmonaire est adhérente à la plèvre costale dans un très grand nombre de points. Les lobes supérieurs des deux poumons et le lobe moyen du poumon droit présentent un emphysème des plus remarquables, en ce qu'il porte sur presque tous les points de ces lobes. Lorsqu'on les coupe, on voit que le peu de sang dont ils sont remplis, s'étant ainsi trouvé en contact avec

de l'air, est d'un beau rouge vif. Les lobes inférieurs sont infiltrés d'une assez grande quantité de sang noir, état que l'on pourrait attribuer à l'hypostase, et qui empêche de bien apprécier si l'emphysème a également porté sur ces lobes.

Le cœur est normal ; il contient à peine un peu de sang noir dans ses cavités.

Les intestins n'ont offert aucune altération, ni montré la présence d'aucun entozoaire, contrairement à ce qu'a dit un médecin de Genève, dans ces derniers temps. L'estomac contenait un peu de chyme, la partie supérieure du petit intestin du chyle et le gros intestin des matières fécales à l'état ordinaire.

Le foie est normal et légèrement congestionné.

Les reins, au contraire, sont d'un rouge brunnâtre ; tous les vaisseaux sont gorgés de sang et l'on peut suivre leurs plus petites divisions à la surface de ces organes. Cette congestion n'est point semblable à celle que l'on trouve dans la néphrite ou dans le premier degré de l'albuminurie ; le sang ne paraît point combiné, pour ainsi dire, avec le tissu du rein comme dans l'inflammation de cet organe.

La vessie contient une palette d'urine, quantité qui paraît bien minime, si l'on se rappelle que le malade est resté près de 30 heures sans uriner.

On a constaté que la plaie du pouce communiquait avec l'articulation, et que la synoviale de celle-ci était enflammée et sécrétait du pus.

La rougeur de la substance grise que nous avons regardée comme anormale et malative, a été attribuée, par quelques membres de la Société, purement à l'état de congestion passive observée pendant la vie et même après la mort.

Outre que j'ai fait observer que, dans cette hypothèse, la substance blanche, quoiqu'à un degré moindre sans doute, puisqu'elle est moins vasculaire, devrait également

être congestionnée, ce qui n'avait pas lieu, M. Barth a examiné la pièce avec grand soin, et a montré que l'arachnoïde était réellement plus résistante qu'à l'état normal; que sur le cervelet, la pie-mère était fortement injectée et surtout qu'il était impossible d'enlever ces membranes, sans enlever également, avec elles, un peu de la substance grise des circonvolutions du cervelet. Ces observations ne montrent-elles pas qu'il y avait là plus qu'une congestion passive.

Luxation congénitale du fémur présentée par M. LEVIEUX.

Il y a quelques jours, que, pratiquant la désarticulation de la cuisse sur le cadavre d'un homme âgé de 40 ans environ, nous avons rencontré une luxation de l'articulation coxo-fémorale droite. Voici ce que nous ont offert les parties examinées de dehors en dedans.

Organes péri-articulaires. La plupart des muscles pelvi-trochantériens avaient subi un certain degré d'élongation; les grand et moyen fessiers n'offraient aucune trace manifeste d'altération; le petit fessier seul soulevé, et même éraillé par la tête du fémur qu'il coiffait exactement, avait acquis une consistance presque fibreuse; le tissu cellulaire ambiant avait une densité bien plus grande qu'à l'état normal; le nerf sciatique avait conservé sa position ordinaire; l'artère crurale, la veine et le nerf n'offraient rien de particulier.

Ligament capsulaire. La capsule fibreuse était complète, mais elle offrait des modifications remarquables dans sa direction, son épaisseur et sa forme. C'est ainsi que son axe, au lieu de se diriger presque verticalement comme dans l'état sain, se portait à peu près transversalement de dedans en dehors, la capsule ayant été entraînée dans ce

sens par le déplacement même de la tête ; en outre, son épaisseur était devenue très considérable, et en l'ouvrant, pour examiner l'état des surfaces osseuses, nous avons observé qu'elle était formée de plusieurs couches fibreuses très solides, superposées et assez irrégulières ; en sorte qu'on doit la regarder comme ayant été doublée par la transformation fibreuse des couches cellulaires qui l'environnent dans l'état normal. Enfin, au lieu de former une cavité à diamètre à peu près égal dans toute sa longueur, cette capsule offrait un rétrécissement manifeste vers sa partie moyenne, d'où est venue l'idée de la comparer à un sablier. Ce rétrécissement était tel, qu'il eût été impossible d'y faire passer la tête fémorale à moins de produire un délabrement considérable. (J'ai dit, à propos du traitement, quelle conséquence il fallait déduire de ce rétrécissement capsulaire, relativement à la thérapeutique des déplacements congénitaux du fémur.)

Par sa circonférence supérieure, devenue interne, la capsule adhérait solidement au pourtour de la cavité cotyloïde ; sa circonférence inférieure était unie plus solidement encore au col du fémur : des muscles recouvraient sa face externe : mais en dedans en en arrière, elle reposait immédiatement sur la partie la plus antérieure de la fosse iliaque, servant d'intermédiaire entre cette portion osseuse et la tête fémorale.

Fémur. Le corps du fémur n'offre rien de particulier ; son volume est à peu près naturel ; cependant il n'a pas été comparé à celui du côté opposé.

La tête de cet os ne présente ni sa forme ordinaire, ni son volume normal ; elle n'est plus sphérique, mais irrégulièrement bosselée ; sa surface est complètement dépourvue de cartilage ; le col, atrophié dans son épaisseur et dans sa longueur, est en partie masqué par la tête, dont le rebord frangé se recourbe sur lui à la manière d'un champignon.

Os iliaque. La cavité cotyloïde n'est plus qu'une excavation de forme triangulaire, à base tournée en haut, à sommet dirigé en bas. Cette excavation était remplie par un tissu fibreux très dense, qui, à l'état frais, lui ôtait une grande partie de sa capacité, et la rendait beaucoup trop petite pour loger la tête fémorale, tout atrophiée qu'elle était. Ce tissu fibreux étant enlevé, on voit le fond de cette excavation avec ses bosselures, ses anfractuosités, dont l'une se prolonge même assez loin dans l'épaisseur de l'os. En arrière, se voit la petite surface sur laquelle la tête du fémur reposait par l'intermédiaire de la capsule épaissie. Cette surface est légèrement déprimée, mais ne peut être regardée comme une cavité de nouvelle formation; car elle est loin d'être assez profonde pour maintenir la tête, qui du reste, comme nous l'avons déjà dit, reposait uniquement dans un cul-de-sac capsulaire épaissi, et renforcé par la transformation fibreuse d'une partie du muscle petit fessier et de la couche celluleuse intermédiaire.

Ligament rond. Enfin le ligament inter-articulaire existait tout entier....., distendu, allongé et très aminci; il s'insère, d'une part, au fond de la cavité cotyloïde, de l'autre, au sommet de la tête fémorale.

La pièce que nous venons de décrire, étant pour ainsi dire, due au hasard, nous sommes privés de tout renseignement antérieur, et d'éclaircissement quelconque, tant sur les causes que sur la marche de la lésion ; cependant, il s'agit d'établir dans laquelle des trois catégories de déplacements *traumatiques*, *spontanés* ou *congénitaux* du fémur, cette luxation peut être rangée. Bien que dans l'état actuel de la science, la solution du problème ne soit pas toujours possible, par les seules ressources de l'anatomie pathologique, comme je l'ai dit dans ma thèse, à propos du diagnostic différentiel, je crois cependant cette solution assez facile dans le cas en question.

Sans revenir sur les détails que j'ai donnés relativement aux différences sémeiologiques de ces trois espèces de luxations, je me bornerai seulement à établir :

1° Que s'il s'agissait ici d'une luxation traumatique non réduite, la capsule ainsi que le ligament rond seraient déchirés, et que consécutivement à leur déchirure, il y aurait eu formation d'une cavité articulaire nouvelle.

2° Que si nous avons affaire à une luxation improprement appelée *spontanée*, nous trouverions, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur des traces manifestes de la coxalgie qui l'aurait produite : telles que cicatrices, trajets fistuleux, usure des ligaments, carie des surfaces, etc.

Je suis donc arrivé, par voie d'exclusion, à reconnaître que cette pièce est un exemple incontestable de luxation congéniale du fémur.

Mais, supposons qu'au lieu de trouver la capsule et le ligament rond intacts, ils eussent déjà cédé aux conditions incessantes d'usure auxquelles ils sont soumis, et que nous en ayons à peine rencontré quelque débris (ce qui arrive fréquemment quand on observe les luxations congénitales à des périodes plus avancées), alors il nous eût été possible d'exclure la luxation *spontanée* à cause de l'état des surfaces osseuses ; mais nous serions resté da. s

le doute entre la luxation *traumatique ancienne et congénitale* ; doute qui, dans ce cas surtout, eût été d'autant plus sage, que le plus ordinairement les déplacements congénitaux sont doubles, tandis que celui qui nous occupe n'existait que du côté droit.

Cette pièce, dont je regrette beaucoup de n'avoir eu connaissance que lorsque mon travail était déjà terminé, offrit d'abord un assez bel exemple d'élongation de l'appareil ligamenteux coxo-fémoral, regardée par M. Sédillot, comme cause de ce genre de déplacement. On peut y trouver, en outre, une nouvelle preuve de cette loi signalée par M. J. Guérin, savoir : *Que toute cavité articulaire nouvelle, dans les luxations anciennes, dépend de la mise en contact des surfaces osseuses de la tête fémorale et de la table externe à travers la capsule orbiculaire usée et perforée.....* Enfin, elle est surtout remarquable en ce qu'elle réunit, à elle seule, la plupart des caractères propres aux luxations congénitales, et que j'ai décrits dans ma thèse sous le titre de *Changements indirects ou consécutifs de l'articulation coxo-fémorale.*

Extrait du rapport de M. GAUBRIC, sur l'observation précédente.

La luxation congénitale, décrite par M. Levieux n'est pas seulement remarquable par la réunion des caractères qu'elle présente, elle vient aussi confirmer une proposition déduite de l'observation des luxations originelles du fémur, au point de vue exclusivement anatomique, nous voulons parler de l'irréductibilité de ces luxations.

Pour obtenir en effet une véritable réduction, il faut satisfaire aux trois conditions suivantes :

1° Amener la tête fémorale vis-à-vis la cavité cotyloïde et conserver la direction naturelle du membre inférieur.

2° Faire rentrer la tête dans la cavité.

3° L'y maintenir.

Or, dans l'état actuel de la science, on peut avancer qu'une telle réduction n'a pas encore été obtenue malgré toutes les tentatives faites dans ce but. MM. Humbert et Jaquier ont échoué dans leurs essais; M. Pravaz a cité un cas de réduction à la réalité duquel il est bien difficile de croire, après la réplique de M. Bouvier au rapport de M. Gerdy (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, tom. III, p. 750); enfin, les résultats obtenus sur le cadavre par M. Sédillot et plus tard par M. Bouvier ne sont pas de véritables réductions, il y manquait, en effet, deux choses essentielles : la conservation de la direction naturelle du membre et le maintien de cette fausse réduction.

Il suit de là que la question de la réduction des luxations congénitales du fémur, n'ayant pas été résolue par le fait, appartient encore tout entière à l'anatomie et qu'en est en droit de soutenir que ces luxations sont irréductibles, en s'appuyant, pour le prouver, exclusivement sur les caractères anatomiques de la capsule et des surfaces articulaires.

Bien qu'on ait décrit et supposé de grandes variétés dans la disposition des surfaces osseuses et ligamenteuses, il est certain que les conditions anatomiques qui semblent les moins réfractaires à la réduction sont infiniment rares relativement aux dispositions contraires.

En effet, si on élague les cas étrangers à la luxation proprement dite, on aperçoit bientôt que les dispositions anatomiques dans ces luxations originelles du fémur sont assez uniformes et peuvent être rapportées à deux grandes divisions.

A. Dans la première, la tête du fémur est fixée hors du cotyle.

B. Dans la deuxième, la tête va et vient dehors et dans.

Cette deuxième division renferme si peu de cas, se rencontre si rarement, que M. Bouvier, malgré sa position toute spéciale, n'en a jamais observé, et que dans la science on n'en cite au plus que deux ou trois exemples. Du reste peut-on appeler luxations congénitales les cas où le malade peut lui-même produire et réduire le déplacement.

A la première division, au contraire, se rattachent presque toutes les luxations congénitales dont on peut faire deux variétés.

Première variété. — La tête du fémur est *très éloignée* de la cavité cotyloïde; *la capsule articulaire a la forme d'un sablier*, et tantôt il y a une cavité articulaire nouvelle tantôt cette nouvelle cavité manque.

Deuxième variété. — La tête fémorale repose *tout près* de la cavité cotyloïde: dans ces cas, la capsule n'a plus la forme d'un sablier; *mais elle est rétrécie dans sa portion antérieure et interne.*

Voilà les deux dispositions que présente la capsule articulaire dans le plus grand nombre de cas, pour ne pas, dire dans toutes les luxations congénitales du fémur.

Eh bien! dans les luxations de la première variété, la capsule, en forme de sablier, s'oppose invinciblement à toute réduction; jamais elle n'a permis de remplir *une seule* des conditions exigées pour la réduction.

Dans la deuxième variété, où la tête est voisine de la cavité et la capsule rétrécie dans sa partie antérieure et interne, on a pu deux fois amener la tête fémorale vis-à-vis le cotyle, voilà tout. Ce n'est encore que dans des attitudes spéciales, en portant fortement la cuisse dans la flexion et l'adduction que M. Sédillot et M. Bouvier ont obtenu sur le cadavre un semblable résultat; la luxation se reproduisait par la seule extension du membre. Deux conditions manquaient à la réduction, et la capsule ne permettait pas qu'on satisfît à ces deux conditions.

D'où l'on peut conclure que les dispositions de la capsule sont jusqu'aujourd'hui du moins un obstacle invincible à la réduction, c'est la cause principale qui a fait échouer M. Bouvier dans les essais qu'il a tentés même sur de jeunes enfants.

A cette cause doivent s'ajouter les déformations des surfaces articulaires, et pour ne parler ici que des cavités articulaires anciennes qui sont ou détruites ou rétrécies à un haut degré ou singulièrement élargies, comme dans le cas de Verduc, la tête fémorale, pourrait-elle, dans des cas semblables, se creuser, au lieu convenable, une cavité suffisante pour la recevoir, et se maintenir dans cette cavité. En l'absence du fait qui fait taire les prévisions de la théorie, nous ne pouvons, dans l'état actuel de la science, qu'en nier la possibilité.

Une objection peut être faite. On accorde que la réduction est, en effet, impossible quand les désordres de la capsule articulaire et des surfaces osseuses sont portés au point que nous avons décrit. Mais on soutient que ces désordres n'arrivant qu'à un âge assez avancé, celui de 12 ou 15 ans, on doit tenter avant cette époque la réduction et compter sur des succès.

Nous répondrons que ces succès sont encore à constater, que l'on n'a pas encore montré chez des enfants, *et à un âge où les tentatives de réduction peuvent être faites*, des dispositions simultanées dans la capsule, la tête fémorale et le cotyle favorables à la réduction et que plusieurs orthopédistes pensent que les altérations anatomiques se développent rapidement dans les premières années de la vie.

Aussi, nous croyons-nous en droit de soutenir que dans l'état actuel de la science, les luxations originelles du fémur sont irréductibles.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI. ANNÉE.

BULLETIN Nos 7 et 8. — Septembre et Octobre 1841.

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Rupture de l'utérus.* — 2. *Tubercules du cerveau.* — 3. *Épanchement sanguin sous le péricrâne.* — 4. *Phlegmon du foie, fièvre typhoïde* — 5. *Hernie du cœcum.* — 6. *Cataracte noire.* — 7. *Etranglement interne.* — 8. *Bec de lièvre.* — 9. *Rupture de l'artère splénique dans l'estomac.* — 10. *Cancer de la partie antérieure du cerveau, hypertrophie des os de la face.* — 11. *Exostose du fémur.* — 12. *Tumour cutanée.* — 13. *Encéphaloïde du corps thyroïde.*

1. M. Depaul présente une rupture de l'utérus recueillie sur une femme de 21 ans, primipare. Le travail de l'accouchement avait commencé dans la soirée du dimanche 16 mai. Une sage-femme reconnut une présentation de l'épaule, et chercha mais inutilement à pratiquer la version. Trois médecins appelés successivement tentèrent aussi cette opération, mais ne purent y réussir. Apportée à l'hôpital des Cliniques, 24 heures après après, elle offrait une tuméfaction considérable de la vulve; on reconnut la présentation de l'épaule, et l'on constata une fracture du bras causée sans doute par les

efforts considérables que l'on avait faits pour retourner l'enfant. On ne jugea pas nécessaire de recourir immédiatement à de nouvelles tentatives, et la version fut opérée le lendemain avec assez de facilité par M. Danyau; on amena l'enfant mort. Aussitôt après l'opération, la malade pâlit, s'affaiblit, sans cependant perdre beaucoup de sang; au bout d'une heure elle était morte. On trouva une rupture du côté gauche de l'utérus, commençant au niveau de l'orifice interne du col et remontant jusqu'à la trompe correspondante. Cette rupture intéresse toute l'épaisseur de la paroi utérine à l'exception de la membrane séreuse qui ne présente qu'une très légère solution de continuité à la partie supérieure. M. Depaul fait remarquer combien il est difficile de savoir si cette rupture a été causée par les tentatives plumeuses fois répétées de version, ou si elle est indépendante de ces tentatives.

2. M. *Becquerel* montre une masse tuberculeuse considérable appartenant à un des lobes du cervelet, qui a comprimé le sinus droit de la dure-mère. Il y avait en même temps une hydropisie considérable des ventricules du cerveau, en sorte que M. Becquerel regarde cette pièce comme venant à l'appui d'une opinion déjà émise par M. *Barrier* membre de la Société, savoir : que l'hydrocéphale peut reconnaître pour cause un obstacle à la circulation dans les sinus de la dure-mère. Toutefois, dans le cas présent, il n'y avait pas oblitération complète du canal; il avait seulement diminué de calibre; on n'a trouvé ni caillots sanguins ni adhérences. Le cervelet était en même temps très ramolli; cette masse tuberculeuse est de plus remarquable, en ce que sa partie centrale était convertie en matière crétacée. L'enfant sur lequel a été recueillie cette pièce avait d'abord offert les symptômes d'une maladie de la moelle, paralysie des membres inférieurs, puis contracture, ensuite ceux d'une affection cérébrale qui s'expliquent par l'épanchement séreux des ventricules et l'infiltration de la pie-mère.

3. M. *Farignot* fait voir le crâne d'un enfant de trois ans qui fit une chute sur la tête il y a deux mois. Il en résulta une ecchymose et une légère tuméfaction qui persistèrent et qui peu à peu donnèrent lieu à la formation d'une tumeur considérable, fluctuante dans toute son étendue. A l'autopsie on a trouvé sous les téguments du crâne entre les os et le péricrâne, un vaste épanchement de sang, s'étendant de chaque côté de la suture sagittale, depuis l'arcade surcilière jusqu'à l'occiput. Cet épanchement est formé de couches successives, de telle façon que la plus récente doit être celle qui est en contact avec

les os, à en juger par sa liquidité et sa couleur rouge; tandis que la plus ancienne en rapport avec les téguments n'a plus que l'apparence de la fibrine décolorée. Cette tumeur sanguine doit être rapprochée du *céphalématome*.

4. M. *Fauraytier* présente une partie de l'intestin grêle d'une femme qui a succombé à l'hôpital Necker à une maladie intercurrente survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. La malade était entrée il y a environ deux mois avec tous les symptômes de cette affection; pendant quinze jours M. Larroque lui prescrivit les purgatifs, et au bout de ce temps elle entra en convalescence. Mais bientôt apparurent des douleurs dans l'hypochondre droit et un ictère. Après une application de sangsues et l'emploi nouveau des purgatifs, amélioration; quinze jours plus tard de nouveaux accidents inflammatoires se manifestent du côté du foie, et enfin la malade a succombé dans un état de prostration extrême, après avoir présenté des urines albumineuses. On voit dans l'intestin grêle des traces d'ulcérations, dont les unes cicatrisées complètement se reconnaissent à leur transparence, et les autres sont en voie de cicatrisation. De plus il y avait dans le foie plusieurs abcès contenant un pus phlegmoneux dans l'un de ces abcès était renfermé un calcul biliaire; il y avait aussi des calculs dans la vésicule du fiel et dans les canaux cholédoque et hépatique. Les reins offraient un peu d'hyperhémie et quelques abcès.

5. M. *Roussel* montre une hernie inguinale recueillie à Bicêtre sur un vieillard de 75 ans. Cette hernie très volumineuse était devenue le siège d'accidents d'étranglement qui avaient cédé aux antiphlogistiques. On avait pu réduire mais incomplètement. Il restait toujours une tumeur dans l'aîne: le malade est mort d'une autre affection, et l'on a trouvé qu'il s'agissait d'une hernie formée par l'S iliaque du colon avec sac incomplet. Lorsqu'on réduisait, l'intestin en rentrant dans le ventre entraînait avec lui le sac et le retournait en quelque sorte jusqu'au niveau de l'anneau où s'arrêtaient alors et le sac et une partie de l'intestin. On a trouvé de plus dans ce sac des traces d'une ancienne inflammation, en sorte que M. Roussel est porté à attribuer à cette péritonite partielle les accidents observés.

6. M. *Chassaingnac* fait voir une cataracte noire. Le cristallin a été extrait de l'œil gauche d'une femme âgée, sur le cadavre de laquelle on s'exerçait à l'opération de la cataracte. Il offre son volume habituel et présente une coloration noire très foncée en quelques points, un peu moins en d'autres. Cette coloration n'a pas son siège à la

superficie de l'organe, puisqu'elle a persisté malgré les frottements répétés et le séjour dans l'eau. Elle occupe toute l'épaisseur du cristallin; on n'a pas examiné celui du côté opposé, et l'on n'a eu du reste aucun renseignement sur la vision chez cette femme.

7. *M. Gaubric* présente un exemple remarquable d'étranglement interne : Une femme de 61 ans est prise, le 17 juin, dans la soirée, de symptômes d'étranglement : elle n'avait jusque-là éprouvé rien de semblable ; le lendemain matin à huit heures elle était morte. On a trouvé à l'autopsie une anse d'intestin grêle longue de 1 mètre 60 centimètres, étranglée au niveau du promontoire par une bride qui de l'utérus et de la fosse iliaque gauche allait adhérer avec le péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie ; cette bride était formée par la trompe, l'ovaire, le ligament rond du côté gauche et une portion du péritoine de la fosse iliaque du même côté. Il en résultait une arcade sous laquelle s'engageait l'anse intestinale. Celle-ci n'était point gangrenée, elle était distendue par des gaz, comme l'était le reste du canal intestinal au-dessus de l'étranglement ; cela tenait à ce que le rétrécissement produit par la pression de la bride sur la portion de l'anse communiquant avec le bout supérieur n'était pas porté assez loin pour interrompre complètement le passage des liquides et des gaz ; l'étranglement au contraire était beaucoup plus fort au niveau du bout inférieur. Il y avait donc aplatissement de celui-ci et du gros intestin. Deux autres conditions ont contribué, d'après *M. Gaubric*, à rendre l'étranglement plus prononcé, savoir : 1° L'angle aigu que formait l'intestin iléon à la rencontre de la bride ; 2° le point d'appui que l'angle sacro-vertébral offrait à l'anse intestinale.

8. *M. Pigné* met sous les yeux de la Société la tête d'un homme âgé de 22 ans qui est mort avec un bec de lièvre simple accompagné d'écartement de la voûte palatine. La division existe du côté gauche et semble avoir porté sur l'os intermaxillaire ; cependant il y a de ce côté neuf dents, deux en dedans, sept en dehors, et les deux dents qui limitent la division sont à l'état rudimentaire, en sorte que *M. Pigné* pense que la bifidité a porté sur le germe de l'incisive latérale, et l'a partagé en deux parties qui se sont développées séparément sur chacune des portions du maxillaire supérieur. *M. Pigné* annonce qu'un fait semblable a été signalé par *Walther*, mais dans ce cas, la bifidité portait sur la canine et non sur l'incisive latérale.

9. *M. Gosselin* montre un cas d'hémorrhagie gastro-intestinale

produite par une rupture de l'artère splénique dans l'estomac. La pièce a été trouvée sur un cadavre qui servait aux dissections ; l'estomac était distendu par une grande quantité de caillots sanguins, et il y avait du sang dans toute la longueur du canal intestinal jusqu'à l'anus. La face postérieure de l'estomac était adhérente circulairement au pancréas dans une étendue semblable à celle d'une pièce de 20 sols environ. En déchirant une partie de ces adhérences, on a trouvé la face postérieure de l'estomac détruite dans une étendue correspondante et remplacée en quelque sorte par une ulcération du pancréas au fond duquel était un vaisseau avec une perforation d'environ une ligne de diamètre; en disséquant ce vaisseau, on a reconnu qu'il s'agissait de l'artère splénique.

10. *M. Demeaux* présente les deux moitiés de la tête d'un jeune garçon qui était entré à l'hôpital de la Charité avec deux exophtalmies, et un gonflement de tous les os de la face et de la partie antérieure du crâne : la vue était complètement perdue du côté droit ; il y avait de temps en temps des douleurs très vives, du reste l'intelligence est restée parfaitement saine, et jusqu'à sa mort le malade a pu répondre nettement aux questions qu'on lui adressait. La tumeur de la joue droite était molle, et sa pression faisait refluer par la fosse nasale un liquide gélatineux. On a trouvé que toute la partie antérieure de cerveau était confondue dans une masse encéphaloïde, qui traversant le frontal, faisait saillie à l'extérieur. La tumeur envoyait en même temps un prolongement dans les deux fosses nasales et dans tous les sinus de la face. Au milieu de cette tumeur, les os du nez et les maxillaires supérieures ont acquis une hypertrophie considérable. La substance dégénérée n'a pas partout un caractère bien tranché, mais on a trouvé des masses encéphaloïdes bien caractérisées dans le foie et les deux reins.

11. *M. Estevenet* montre une luxation du fémur recueillie sur un cadavre et sur laquelle on n'a pas vu l'état de la capsule et du ligament rond. Cette pièce est remarquable par la profondeur très grande de la cavité de nouvelle formation et par le peu de déformation et de diminution de l'ancienne cavité cotyloïde, circonstance sur laquelle se fonde *M. Estevenet* pour admettre qu'il ne s'agit pas d'une luxation congéniale.

12. *M. Boucher* montre un ténia qui lui paraît entier et qui a été rendu après l'administration de l'écorce de racine de grenadier. On voit manifestement à une des extrémités la tête de l'animal et les quatre tubercules saillants qui forment ses yeux.

13. M. Gaubric présente un cancer encéphaloïde du corps thyroïde; la malade âgée de 91 ans s'aperçut pour la première fois d'une tumeur au cou au mois de mai dernier. Cette tumeur fit des progrès très rapides, la malade entra le 15 juin à l'infirmerie de la Salpêtrière. L'accroissement est devenu de plus en plus grand; il y a d'abord eu de la gêne dans la déglutition, de l'aphonie, puis de la gêne dans la respiration. La tumeur occupe surtout le lobe latéral droit du corps thyroïde: elle est formée de tissu encéphaloïde, et sa marche si rapide fait penser à M. Gaubric qu'on doit la regarder comme un exemple de cancer aigu. Elle occupait toute la hauteur du cou et se prolongeait dans la poitrine; le nerf récurrent droit passe dans l'épaisseur de la tumeur; il est ramolli et presque dégénéré dans une partie de son étendue, cependant on peut le suivre dans toute sa longueur sans interruption. Le gauche est complètement sain et ne passait pas dans la tumeur; les nerfs laryngés supérieurs sont intacts.

L'artère carotide primitive gauche traverse la dégénérescence; on avait d'abord pu sentir ses battements, mais dans les derniers temps, ils étaient devenus imperceptibles. La veine jugulaire interne comprise aussi dans la tumeur n'était point oblitérée. La trachée-artère ne paraît point aplatie; le larynx est complètement sain.

*Anatomie pathologique d'un pied-bot Équin; considérations physiologiques sur certains mouvements du pied;
par M. FROMENT, aide d'anatomie de la Faculté.*

Ce travail est relatif à un pied-bot Équin du membre inférieur droit d'une femme âgée d'environ 28 à 30 ans, et apportée dans les pavillons de l'École sans que je puisse avoir aucun renseignement sur les antécédents de ce sujet. Voici ce que j'ai pu observer sur cette pièce qui n'est pas sans intérêt depuis que l'art fait des progrès constatés dans la cure du pied-bot: le membre inférieur du côté difforme est d'une longueur égale jusqu'aux malléoles, mais non du même volume que le membre inférieur gauche, qui a plus de grosseur, d'où il nous semble permis de con-

clure que l'état anormal peut ne pas remonter à une époque ancienne, et avoir commencé après le développement complet en longueur des membres, circonstance qui réunie à l'âge présumé du sujet, doit ne faire remonter l'origine de la difformité qu'à un petit nombre d'années. La direction du pied difforme est telle que son grand diamètre se trouve presque parallèle à l'axe de la jambe. Les quatre derniers orteils sont courts et fléchis sur eux-mêmes, de manière que dans la station et dans la marche, ils ne pouvaient servir à l'appui du pied qui devait se faire sur la portion de sa plante répondant aux têtes des os métatarsiens ; outre la configuration du pied, l'épaisseur et la dureté de la peau au niveau de la partie antérieure du métatarse, à la région plantaire, peuvent aussi confirmer cette assertion.

En cherchant à ramener le pied à une direction normale on reconnaît que le défaut de longueur du tendon d'Achille forme un obstacle à cette réduction ; mais à ce tendon seul doit-on rapporter l'obstacle ? La dissection des parties nous permettra de répondre avec certitude.

Après avoir enlevé les téguments, l'examen direct des articulations prouve qu'il n'y a aucun changement de rapport entre les os du tarse, et que l'articulation tibio-tarsienne est le seul siège du déplacement porté au point que la partie postérieure du côté supérieur du calcanéum correspond et se trouve en contact avec la partie postérieure de l'articulation tibio-péronière inférieure ; il existe même une bourse et de l'humeur synoviale entra ces parties ; toutefois les surfaces osseuses du rapport anormal ne sont pas cartilagineuses ; il n'existe aucune déformation, aucune altération des surfaces articulaires, soit du côté des os de la jambe, soit de ceux du tarse. Le section du tendon d'Achille permet de ramener le pied à sa position normale, et cette réduction s'obtient même immédiatement, mais non sans quelques efforts qui prou-

vent, qu'après la tenotomie, un appareil eût été nécessaire pour surmonter la rigidité formée probablement par des ligaments et des tendons depuis plus ou moins longtemps rétractés.

Un état contre nature très prononcé s'observe pour les muscles qui de la jambe descendent s'attacher au tarse; ainsi les jambiers antérieur, postérieur et grêle, les jumeaux et le soléaire, sont atrophiés d'une manière marquée. Leur volume est très petit, leur couleur d'un blanc-jaunâtre pour les fibres musculaires dans les interstices desquelles on ne trouve pas de graisse, comme il arrive dans la dégénérescence graisseuse; le muscle court-péronier latéral est le seul des autres muscles de la jambe qui participe à l'atrophie des précédents; ainsi les extenseurs et les fléchisseurs communs des orteils et propres du gros orteil, les péroniers antérieur et long latéral, contrastent par leur développement ordinaire et la rougeur propre aux fibres des muscles, avec la gracilité et la blancheur des fibres charnues des muscles qui descendent au tarse et du muscle court péronier latéral.

M. Chassaignac a parfaitement expliqué, et l'on comprend la raison de la différence qu'on observe entre les muscles destinés à mouvoir le tarse et ceux qui ont pour but la flexion ou l'extension des orteils: depuis un temps plus ou moins ancien le tarse était immobile sur la jambe, tandis que les orteils pouvaient se mouvoir sur le métatarse. Quant à la raison de l'état sain du péronier antérieur, M. Chassaignac l'a trouvée facilement dans la participation fréquente de ce muscle au tendon que l'extenseur des orteils envoie au cinquième, et par conséquent aux mouvements de cet orteil; d'ailleurs, comme le dit M. Cruveilhier, le muscle péronier antérieur est une dépendance de l'extenseur des orteils.

Pourquoi le muscle long péronier latéral ne participe-t-il pas à l'atrophie du court et des muscles qui descendent

de la jambe au tarse ? Pourquoi offre-t-il, au contraire, l'état normal des muscles destinés aux orteils ? Nous avons vu que la raison de l'atrophie des muscles qui vont de la jambe au tarse se trouve dans l'abolition des mouvements du tarse ; nous pensons que l'atrophie du muscle court péronier latéral s'explique aussi par la perte des mouvements d'ensemble du métatarse ; mais alors le long péronier latéral destiné aussi aux mouvements du métatarse semble devoir offrir la même altération que le court péronier latéral. Cette objection nous amène à démontrer que le premier os du métatarse auquel vient s'attacher en bas le muscle long péronier n'est pas destiné seulement à servir de levier dans les mouvements du métatarse et du pied dans leur ensemble, comme le sont les quatre derniers os métatarsiens ; en effet, si on examine avec soin comment s'exécutent les mouvements du gros orteil on reconnaîtra qu'ils sont plus étendus que ceux des quatre derniers ; ils en sont même en partie distincts dans la flexion et l'extension extrêmes du gros orteil, flexion et extension extrêmes qui se passent en grande partie dans l'articulation postérieure du premier os métatarsien, exactement comme dans la grande extension du pouce qui se confond avec son abduction, et dans ses mouvements de flexion extrême, d'adduction ou d'opposition, on peut constater que ces mouvements du premier doigt de la main se passent principalement dans l'articulation supérieure du premier os métacarpien ; d'ailleurs n'a-t-on pas admis quatre os seulement au métacarpe et trois phalanges au pouce ? Et la grande analogie entre la main et le pied ne permet-elle pas dans cette façon de voir, d'admettre seulement quatre os au métatarse et trois phalanges au gros orteil ? La configuration de l'extrémité antérieure du premier os métatarsien n'est-elle pas aussi par la poignée qu'elle présente bien plus semblable aux têtes des phalanges qu'à celles des quatre derniers os du métatarse ?

D'un autre côté des muscles plus nombreux et plus forts, des surfaces articulaires plus étendues, et partant des mouvements plus nombreux, plus variés et plus étendus s'observent pour ce premier os métatarsien. On peut objecter, à la vérité, outre ce rapprochement du premier os métatarsien avec une phalange, l'insertion du ligament métatarsien commun aux cinq os du métatarse ainsi enchaînés ensemble : mais de tous les tissus le ligamenteux est celui qui nous semble prouver le moins quant à la destination et à la conformation primordiales de l'économie animale; le tissu fibreux est un des plus éventuels, si je puis m'exprimer ainsi. Au surplus, avec le premier os du métatarse la nature n'avait pas seulement à résoudre le problème de la mobilité du gros orteil, mais elle devait aussi assurer la solidité du pied dans la station.

Toutefois si nous avons pu démontrer que le premier os du métatarse est plus destiné aux mouvements du gros orteil, que les autres métatarsiens pour les mouvements des quatre derniers orteils, si le premier os métatarsien est sous certains rapports une première phalange du gros orteil, nous aurons expliqué pourquoi le muscle long péronier latéral n'est pas atrophié comme le court, et a dû conserver l'état normal des muscles destinés à la mobilité des orteils.

En résumé, cette observation me porte à penser, toute imparfaite qu'elle soit, que si la section du tendon d'Achille, principal obstacle à la réduction, eût été pratiquée dans les conditions convenables, la conformation et les fonctions du membre difforme, eussent pu être ramenées à l'état physiologique, nonobstant l'atrophie des muscles, atrophie que le retour de l'exercice dissipe avec autant de facilité que l'abolition des mouvements la détermine.

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale par M. TENAIN.

Le sujet sur lequel a été trouvée cette pièce pathologique est un homme de 35 à 40 ans au plus. Il avait été reçu le mois dernier dans le service de M. Rostan à l'Hôtel-Dieu pour une phthisie avancée à laquelle il a succombé. Pendant son séjour dans cet hôpital, on n'a pas reconnu l'affection de l'articulation coxo-fémorale dont le malade n'avait point parlé. Cet individu exerçait la profession de cordonnier, et d'après les renseignements, assez vagues du reste, que nous avons pu nous procurer des parents eux-mêmes, il paraîtrait que la maladie de l'articulation datait déjà de plusieurs années, trois ou quatre, nous a-t-on dit. Le cadavre envoyé à l'amphithéâtre de l'École pratique, tomba entre nos mains et nous découvrîmes que l'articulation coxo-fémorale gauche était le siège d'un ankylose.

Examen des membres inférieurs, le cadavre étant étendu dans la position horizontale.

La cuisse du côté gauche est manifestement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse : le membre est tourné dans la rotation en dehors. Si on saisit la cuisse et qu'on fixe solidement le bassin, il est impossible de lui faire exécuter des mouvements de rotation soit en dedans, soit en dehors. Nous essayons d'étendre et de fléchir le membre, même impossibilité absolue. Pendant ces diverses manœuvres, la main droite placée sur la crête de l'os des fesses nous indique d'une manière précise que les mouvements communiqués au membre sont directement transmis au bassin qui se déplace en totalité. On cherche à faire mouvoir la cuisse sur son axe, immobilité complète, mais soulèvement du bassin si nous employons une certaine force. Le même résultat est obtenu en imprimant des mouvements d'extension ou de flexion : les deux membres abdominaux sont rapprochés et examinés com-

parativement. L'inspection suffit seule pour découvrir un abaissement assez marqué de la cuisse du côté gauche.

Pour mieux juger de cette inclinaison, nous avons de suite recours au mode de mensuration conseillé par le professeur Sanson. Un fil représentant l'axe du corps est abaissé de la partie supérieure du tronc, et sur la ligne médiane, jusqu'à la symphyse du pubis : un second fil partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite vient se rendre, en croisant le premier, à l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Nous examinons les angles qui résultent de la rencontre de ces deux lignes, et nous trouvons entre eux une inégalité assez marquée. L'angle du côté gauche est manifestement plus ouvert que celui du côté droit, ce qui coïncide parfaitement avec l'inclinaison du bassin de ce côté. Le fil horizontal est placé de nouveau, mais de manière à venir former deux angles droits ; donc ils tombent perpendiculairement l'un sur l'autre : un intervalle de huit lignes environ sépare ce fil de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche. Tout concourt donc à prouver qu'il y a un abaissement notable de ce côté dans le bassin.

Le membre abdominal droit est alors placé dans une position exactement semblable à celle que présente le membre du côté gauche, c'est-à-dire que la jambe est fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin : sans cette précaution il eût été impossible de s'assurer de la longueur relative des deux membres. Ainsi placés et rapprochés l'un de l'autre, il nous a semblé que le talon gauche dépassait de quelques lignes le talon droit ; et en mesurant, j'ai constaté que de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tubérosité du condyle interne du fémur la distance était moins grande de quatre à cinq lignes du côté malade que du côté sain (côté droit). Ainsi nous avons un allongement apparent du membre gauche et un raccourcissement réel du même côté ; raccourcissement qui, bien

que peu considérable, mérite cependant de fixer l'attention. Nous ne nous y arrêtons pas davantage pour l'instant; mais nous y reviendrons quand nous aurons donné la description des parties malades; nous chercherons alors à expliquer ce raccourcissement et à voir comment on peut se rendre compte des lésions que nous a montrées l'autopsie.

Dissection. La peau au voisinage de l'articulation, ni dans le reste de son étendue ne nous offre aucune trace de cicatrices anciennes, aucune solution de continuité. Nous notons le peu d'embonpoint du sujet, mais surtout l'extrême amaigrissement des membres abdominaux, principalement le gauche. La face superficielle des muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale n'offre rien de remarquable: par leur face profonde, les muscles psoas-iliaque, obturateur interne, pectiné, carré, jumeaux pelviens, pyramidal; petit fessier ont une apparence fibreuse. Ils sont convertis en un tissu serré, blanc, résistant et superposé par couches assez épaisses. Ce tissu se fond avec la capsule orbiculaire qui ne saurait être isolée. La synoviale qui sépare supérieurement le muscle-psoas de la capsule n'existe pas. Le muscle droit antérieur de la cuisse n'a plus deux tendons distincts, ils sont confondus en un seul.

Description des os. Le fémur est solidement uni à l'os coxal dans son articulation. Examinés même extérieurement on voit qu'il y a soudure entre eux. En saisissant les deux os, on essaie vainement de trouver quelque reste de mobilité; l'ankylose est complète. Le bassin placé de telle sorte que la symphyse du pubis soit dans sa situation normale, il est facile de constater que tout le corps du fémur a subi une rotation en dehors. Le condyle interne est plus élevé que l'externe et avance beaucoup en avant et en dedans. L'extrémité supérieure du fémur est déviée en dehors et en arrière; le grand trochanter est porté

complètement dans ce dernier sens : il est rapproché de la tubérosité ischiatique, et la distance qui l'en sépare est tout au plus de dix lignes à un pouce. Le petit trochanter regarde plus en avant que dans l'état normal ; supérieure-ment la ligne âpre s'aperçoit en dedans. Le fémur pris en masse, offre un moindre développement que celui du côté droit. L'axe du corps du fémur est déjeté en dehors et en arrière. La tête fait une saillie en dedans et en avant. Elle est parfaitement distincte en ce point de la cavité cotyloïde qu'elle dépasse. En dehors de l'épine iliaque antérieure et inférieure part une jetée osseuse, sous forme de stalactite, qui fait un relief considérable, puis s'élargit et se termine en venant se confondre insensiblement à la base du col, sur la partie la plus inférieure de cette base. En arrière de cette stalactite, se remarque une petite cavité, une sorte de cul-de-sac, d'où émerge une ligne que l'œil suit parfaitement montant derrière le prolongement osseux et qui décrit une courbe à concavité inférieure embrassant le col du fémur. Cette ligne saillante limite un sillon dont la trace indique parfaitement la direction du bourrelet cotyloïdien : mais à mesure que ce sillon avance, en arrière, il ne peut plus être suivi. Là, le col et le bourrelet cotyloïdien sont confondus ; il n'y a entre eux aucune ligne de démarcation. Plus haut, au niveau de la cavité digitale du grand trochanter, ce même sillon reparaît. En dedans de la jetée osseuse existe aussi une petite excavation en partie recouverte par un prolongement de la substance osseuse : on peut y enfoncer assez profondément un stylet, mais il est impossible de faire communiquer l'une et l'autre cavités. Le volume de la tête semble être manifestement augmenté. Du côté interne, on ne peut distinguer la tête du fémur de l'os iliaque. Il existe là une masse de tissu osseux, renflé au milieu, plus étendue de haut en bas que d'avant en arrière, séparée du bord externe du trou sous-pubien par

une sorte de gouttière qui décrit une courbe en arrière et au fond de laquelle on aperçoit un grand nombre de trous vasculaires dont le calibre est considérable. Le trou sous-pubien est remarquable : il est rétréci par une incurvation du bord externe qui s'avance vers son centre. En outre ce bord offre une série de prolongements osseux dont trois méritent d'être notés. En bas, c'est une simple crête ; en haut, une sorte d'épine renflée à son sommet : au milieu, une demi-circonférence qui s'avance dans le trou oval : elle est percée à son centre d'une ouverture arrondie. Plusieurs saillies osseuses existent aussi, sous forme de végétations, sur la branche interne de bifurcation supérieure de la ligne âpre. Nous notons un grand nombre de trous vasculaires sur l'éminence iléo-pectinée, le grand trochanter, l'ischion, le pubis et dans la fosse iliaque externe. Une section verticale de l'os est pratiquée : elle passe par l'échancrure ischiatique, l'éminence iléo-pectinée et vient aboutir au petit trochanter. Il n'existe aucune trace de séparation entre la cavité cotyloïde et la tête du fémur. La section nous offre un tissu spongieux, analogue à celui qui se rencontre dans les extrémités articulaires : les cellules de ce tissu sont dilatées. La soudure est intime, la continuité entre les deux os est manifeste. Les cartilages d'incrustation, les franges synoviales, le ligament inter-articulaire, la synoviale elle-même ont disparu.

Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur cette pièce pathologique, examiner ce qu'elle offre de remarquable, et tâcher d'expliquer autant qu'il nous est permis de le faire, privés que nous sommes de renseignements circonstanciés sur les antécédents du malade, quelle est la cause de cette ankylose.

En voyant le cadavre de cet individu, la première pensée qui nous vint à l'esprit fut qu'il s'agissait d'une luxa-

tion en bas et en dedans ; et en effet , avant d'avoir pu nous livrer à un examen plus approfondi , voici ce que observations : Rotation du pied et du genou en dehors , flexion légère de la jambe , augmentation manifeste de la longueur du membre gauche , le talon de ce côté dépassant de quelques lignes le talon droit. L'état de flexion de la jambe sur la cuisse , de la cuisse sur le bassin nous empêcha de penser à l'existence d'une fracture du col du fémur mal réduite et vicieusement consolidée. Nous avions une rotation du membre en dehors , mais cette rotation coïncidait ici avec un allongement apparent du membre , je sais bien que ce signe peut se rencontrer aussi dans les fractures du col , mais il faut le dire , ces cas sont excessivement rares. tandis que le raccourcissement est à peu près constant. Il est plus ou moins considérable , selon que la fracture est intra ou extra-capsulaire , mais il existe ; toutefois , dans un dernier cas , il est souvent difficile , impossible même de constater la plus légère différence de longueur entre les deux membres. De plus grandes probabilités se réunissaient pour faire croire à une luxation du fémur , mais alors à quelle espèce de luxation appartenait-elle ? elle pouvait être congénitale ; elle pouvait être accidentelle. Si nous avions pu obtenir des renseignements sur le malade , il nous eût été facile de décider. Toutefois , la hanche du côté malade ne fait pas une saillie plus marquée que celle du côté sain : la cuisse est fléchie sur le bassin , mais la distance qui sépare le grand trochanter de la crête iliaque semble être la même que du côté opposé. D'ailleurs l'autopsie est venue ajouter encore à ces signes négatifs d'une luxation originelle. Presque constamment la cavité cotyloïde existe , mais elle est plus ou moins diminuée ; elle a moins de profondeur , elle n'est plus arrondie : la tête est logée dans la fosse iliaque externe , elle est inégale , anguleuse et parfois même s'est creusé une cavité articulaire secon-

dire ; or nous n'avons trouvé aucune altération semblable. Ces signes existent aussi dans les luxations accidentelles, mais dans celle-ci on peut toujours constater, même après plusieurs années, la persistance de quelques mouvements peu étendus. Ici toute mobilité a disparu ; il ne saurait y avoir le moindre doute, il s'agit d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Cette ankylose appartient à la variété que certains auteurs ont désignée sous le nom d'intra-capsulaire ou osseuse ; pour d'autres, elle est complète. Les extrémités articulaires sont unies sans intermédiaire, c'est-à-dire, que la soudure a lieu comme pour les fragments d'un os fracturé.

Dans le cas dont il s'agit, l'ankylose est survenue à la suite d'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale gauche. Il est très probable que l'inflammation a débuté tout d'abord par la synoviale, que de là elle s'est étendue au tissu osseux sans être assez intense pour que la suppuration en soit le résultat nécessaire. C'est une coxalgie terminée par ankylose et l'examen de la pièce pathologique va nous montrer les altérations anatomiques caractéristiques de cette affection.

La tête du fémur semble plus gonflée, plus volumineuse : la pesanteur spécifique est moindre. Il existe une dilatation notable des sillons de la substance compacte de l'os et des ouvertures vasculaires. Nul doute que ces ouvertures ne soient plus nombreuses que dans l'état normal, mais il faut tenir compte également de leur extrême dilatation, circonstance qui rend appréciables en quelque sorte à distance celles qui dans l'état physiologique n'eussent pu être distinguées qu'avec difficulté à l'œil nu. Ces trous ont une forme arrondie en rapport avec celle des vaisseaux qui pénètrent le tissu osseux. Les orifices que nous avons notés près du bord interne du trou ovale sont si larges qu'on peut y introduire facilement la tête d'une grosse épingle. Le tissu spongieux offre des cellu-

les larges dont les parois sont minces et d'une grande fragilité. Nous devons tenir compte des jetées osseuses qui avoisinent l'articulation, des exostoses nombreuses qui sont aux environs du trou sous-pubien et sous la ligne âpre: ces altérations marquent d'une manière évidente, l'inflammation des os, elles en sont un produit. N'est-ce pas à la suite de la cause première qui a donné lieu au développement de cette inflammation articulaire, que le périoste environnant est devenu plus vasculaire. Non seulement les vaisseaux ont augmenté de volume, mais aussi leur nombre est devenu plus considérable. Alors le périoste a sécrété par sa face interne une substance molle, de consistance gélatineuse qui passe par l'état cartilagineux avant d'arriver à être os parfait. Ces plaques, ces lames, ces stalactites sont un produit de la périostite: cette tendance du périoste à l'ossification est une conséquence de la structure des os, structure qui est telle que lorsqu'une des parties qui les composent vient à s'enflammer, les autres ne tardent pas à subir le même état pathologique. Dans ce cas, la maladie de l'articulation coxo-fémorale, primitivement développée sous l'influence d'une cause occasionnelle qui nous est inconnue, s'est propagée chez cet individu par un vice de sa constitution. L'inflammation débutant par la synoviale a amené la destruction des cartilages: les surfaces articulaires se sont trouvées dans des conditions d'autant plus favorables pour se réunir que l'inflammation s'est propagée des parties environnantes au tissu osseux lui-même. Cette terminaison de la coxalgie par ankylose a été singulièrement favorisée par l'impossibilité où s'est trouvé le malade de quitter le lit pendant un assez long temps. Si la maladie a suivi cette marche, des parties superficielles vers les parties profondes, on explique parfaitement l'état de demi-flexion de la cuisse sur le bassin que présentait le membre gauche. On conçoit que, forcé de garder le repos, le malade ait

cherché et conservé la position que l'instinct lui avait appris être la moins douloureuse; or, on sait que la position demi-fléchie est la seule dans laquelle tous les muscles qui entourent l'articulation soient dans le relâchement. J'ai vu quelques exemples d'une semblable terminaison de la coxalgie par ankylose avec demi-flexion de la cuisse sur le bassin; mais je suis loin de vouloir avancer que toutes les tumeurs blanches de l'articulation coxo-fémorale amènent nécessairement et toujours ce résultat. La science possède des cas dans lesquels l'ankylose est survenue le membre étant placé dans l'extension. On conçoit aussi que dans la demi-flexion, le membre inférieur ne soutenant plus le bassin, celui-ci ait dû glisser légèrement entraîné par son propre poids en même temps que le tronc incliné à gauche augmentait sa tendance à l'abaissement dans ce sens : de là l'allongement apparent du membre abdominal gauche, bien que la mensuration nous ait démontré qu'il fût réellement plus court que le droit de 4 à 5 lignes. Il nous reste donc à expliquer ce raccourcissement. La tête du fémur n'est point usée, corrodée; elle n'a point diminué de volume, le contraire s'observe; il faut donc chercher ailleurs la cause de ce raccourcissement. La cavité cotyloïde est intacte, son arrière-fond n'est point déprimé du côté de l'intérieur du bassin : il n'existe point de perforation de ce côté. Dans le cas dont il s'agit, je crois que la cause du raccourcissement se trouve être tout à la fois : 1° dans la destruction complète des cartilages d'incrustation qui arrêtaient les surfaces articulaires : 2° dans la réunion intime de la tête avec la cavité : 3° peut-être aussi dans l'usure des bords saillants qui limitent la dépression connue sous le nom d'arrière-fond de la cavité cotyloïde.

Hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, rétrécissement de l'orifice aortique; ossification et insuffisance de ses valvules. — Par M. BLANCHET, élève des hôpitaux.

Frezé, âgée de 66 ans, marchande des quatre saisons, d'une stature élevée, et d'une faible constitution, fut admise le 7 mars à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Piorry, salle Ste-Geneviève n. 24.

La malade nous donne les renseignements suivants sur sa santé antérieure : elle a été très souvent exposée à l'intempérie des saisons et a été atteinte plusieurs fois de rhumatisme aigu. Depuis 7 ou 8 ans, elle est sujette aux palpitations ; et il y a longtemps qu'elle a remarqué que ses jambes étaient enflées le soir lorsqu'elle s'était fatiguée à marcher. Il y a cinq mois, son ventre s'est gonflé très rapidement, le médecin qui la voyait alors, la guérit en peu de temps par l'administration de quelques purgatifs. Deux mois après son ventre redevint gros, mais cette fois lentement : et ses jambes devinrent beaucoup plus enflées qu'elles ne l'étaient habituellement.

Le 7 mars, lors de son entrée à l'hôpital, la malade nous a présenté l'état suivant : le facies porte l'empreinte de la décrépitude et de la souffrance, la langue est un peu sèche et sans enduit, la soif est assez vive et accompagnée d'appétit. Le ventre est également volumineux des deux côtés, et dépasse à l'ombilic la ligne sterno-pubienne de 10 centimètres. On trouve de la sonorité à la percussion sur l'épigastre et sur la région ombilicale ; de la matité sur les côtés de l'épigastre ; cette sonorité et cette matité dans les changements de position se déplacent de manière que la première se trouve toujours dans les points les plus élevés, et la seconde dans les points les plus déclives. La fluctuation est des plus évidentes ; du côté des voies digestives, on ne trouve rien autre

chose à noter si ce n'est un peu de constipation. Le foie et la rate ne présentent rien de remarquable, seulement le premier de ces viscères offre une légère augmentation de volume, et est refoulé en haut de 6 centimètres au-dessus du mamelon. La poitrine est très sonore en avant, et un peu moins en arrière sur certains points, où la respiration est faible, mais sans mélange de bruit anormal; il n'existe ni toux ni expectoration. La malade éprouve une grande dyspnée sitôt qu'elle exécute quelques mouvements. En examinant la région précordiale, on aperçoit une légère voussure, et la palpation permet à peine de sentir les battements du cœur. Par la percussion, on trouve que le cœur a 0,15^m transversalement et 0,10^m verticalement, qu'il dépasse la ligne médiane à droite de 0,04 et qu'il est à 0,04 de la clavicule. Les battements du cœur sont très précipités et très irréguliers: les bruits se confondent le plus souvent en une espèce de bourdonnement qui répond aux deux bruits ordinaires. Mais lorsque les contractions sont moins fréquentes, on peut isoler les deux bruits, et on trouve alors que le premier qui est le plus souvent sourd, a quelquefois un éclat métallique. Le second se prolonge peu quand on ausculte à la pointe, mais si l'on applique l'oreille au niveau de la base, et sur un point qui paraît répondre aux orifices artériels, on perçoit un souffle des plus évidents: ce souffle se prolonge un peu vers la crosse de l'aorte, mais ne dépasse pas cette artère. De temps en temps, et sans qu'il y ait rien de régulier dans ce retour, à la place du bruit de souffle on aperçoit un claquement de soupape des plus prononcés. Les carotides sont le siège d'ondulations isochrones aux battements du cœur; elles se dilatent dans la systole et s'affaissent dans la diastole. Ce phénomène est des plus frappants. La radiale droite est ossifiée; à gauche on la sent, mais elle est excessivement faible, et ses battements sont moitié moins

fréquents que ceux des carotides. Dans les membres inférieurs on ne peut sentir que les fémorales et les poplitées; leurs battements sont faibles et moins fréquents que ceux des carotides. Les membres inférieurs sont œdématisés; et l'œdème remonte jusqu'à la moitié de la cuisse. La peau est généralement froide, mais surtout aux extrémités.

Rien du côté des centres nerveux, ni des sens.

Prescription. Chiendent nitré; potion avec 15 gouttes de teinture de digitale; 6 pilules drastiques; 2 potâges.

Le 20. La malade se trouve assez bien, elle prend un peu de forces; on lui donne depuis quelques jours du vin de collyoure; son état offre peu de changements, relativement à la maladie du cœur; l'œdème n'a pas beaucoup augmenté, mais l'ascite est plus considérable, (même prescription) le 14.

Le 30. La malade offre plus de dyspnée, les bruits du cœur deviennent un peu plus sourds, principalement le premier; l'œdème des membres inférieurs s'étend jusqu'aux parties génitales; le tissu cellulaire de la région lombaire est également infiltré; l'ascite est beaucoup plus considérable, il n'y a rien du côté des voies digestives, si ce n'est de temps en temps de la constipation. (Même prescription.)

Le 13 avril. Le malade étouffe beaucoup depuis deux jours; le ventre dépasse à l'ombilic la ligne sterno-pubienne de 0,08^m; l'œdème a gagné toutes les parois abdominales, et les membres inférieurs sont fortement gonflés; la peau qui recouvre le coude pied droit est déjà rouge dans une étendue de 0,04^m de diamètre. Les bruits du cœur sont tout-à-fait sourds, et on ne sent pas les battements par la palpation. On pratique la ponction de l'abdomen et on en retire environ 15 pintes de sérosité citrine, ne contenant pas de flocons albumineux.

Prescription. Chiendent nitré ; potion avec digitale ; 2 bouillons.

Le 14. La malade se trouve mieux , elle respire plus facilement, le ventre est affaissé ; l'œdème des membres inférieurs n'a pas diminué. La partie du coude-pied qui était hier rouge est aujourd'hui frappée de gangrène. (Même prescription)

Le 16. La gangrène ne s'est pas étendue ; l'œdème a beaucoup diminué ; la malade se trouve très faible ; les battements du cœur ne s'entendent pas sensiblement , le pouls est filiforme à l'humérale. (Même prescription.)

Dans la nuit du 16 au 17 la malade succombe après avoir eu deux étouffements très forts.

Autopsie faite 40 heures après la mort.

Température modérée ; putréfaction nulle ; pas de raideur cadavérique.

La tête n'offre rien de particulier à noter.

A l'ouverture de la poitrine les poumons reviennent fort peu sur eux-mêmes. La plèvre gauche offre de très nombreuses adhérences, et il n'existe pas d'épanchement dans sa cavité. Les poumons sont rouges, congestionnés en avant et en arrière , et partout crépitants. Quand on les coupe, il suinte des surfaces divisées de petites gouttes de sang noir qui se trouvaient stagner dans les vaisseaux. La surface interne des bronches est assez fortement colorée , mais elles ne contiennent pas d'écume. Le cœur présente transversalement 0,15^m et 0,10^m de haut en bas ; il dépasse la ligne médiane à droite de 0,045^m, il est à 0,05^m de la clavicule.

Le péricarde n'offre aucune altération, pas plus que la surface externe du cœur, sur la face antérieure duquel on voit pourtant 2 ou 3 petites plaques laiteuses. L'augmentation du volume du cœur est due en grande partie à la dilatation des oreillettes , et principalement de la

gauche dont le volume est énorme. Le ventricule gauche est un peu dilaté et sensiblement hypertrophié ; l'épaisseur de ses parois à la base est de 0,03 ; l'orifice pulmonaire et l'orifice auriculo-ventriculaire droit n'offrent aucune altération. Sur la valvule mitrale on trouve 8 ou 10 points d'ossification, dont 4 assez grands siègent à son bord libre et en occupent presque toute l'étendue. L'orifice aortique offre un rétrécissement et une insuffisance que l'on constate facilement. En examinant la cause de l'insuffisance, on trouve que la valvule sigmoïde, la plus voisine de l'orifice auriculo-ventriculaire est ossifiée, et que son bord libre est surmonté d'une production calcaire ayant à peu près 0,01^m de hauteur et 0,003^m d'épaisseur : cette valvule et l'éminence dont elle est surmontée, sont appliquées contre l'aorte à laquelle elles n'adhèrent pas.

Les deux autres valvules aortiques sont un peu épaissies à leur bord libre, ratatinées, et présentent de nombreux points d'ossification ; elles ont perdu leur souplesse et remplissent imparfaitement leurs fonctions.

Toutes les cavités du cœur contiennent des caillots et du sang en grande quantité, il en était de même des gros vaisseaux de la base du cœur.

Abdomen. Les viscères abdominaux n'offrent rien de particulier ; la cavité du péritoine contient environ 3 litres de sérosité citrine.

Membres. L'infiltration des membres inférieurs est profonde et souscutanée. L'artère radiale et cubitale du côté droit est ossifiée : il en est de même des deux artères tibiales antérieures et de la tibiale postérieure droite qui ne présente que quelques plaques d'ossification.

RÉFLEXIONS. Nous pensons qu'on pourrait rattacher assez facilement aux symptômes observés, les diverses lésions que l'examen anatomique des parties nous a of-

fertes. L'œdème et l'ascite dont cette femme était atteinte, peuvent évidemment être rapportés à la difficulté que le sang éprouvait à circuler dans les cavités du cœur, et surtout au rétrécissement de l'orifice aortique et à l'insuffisance de ses valvules. La dyspnée s'explique aussi facilement; d'abord, par l'épanchement qui existait dans la cavité abdominale, et qui empêchait l'abaissement du diaphragme, par les obstacles au cours de la circulation, et enfin, par l'augmentation du volume du cœur qui refoulait les poumons. Les bruits que nous a révélés l'auscultation, sont aussi en rapport avec les altérations du cœur que nous avons observées; ainsi le léger bruit de souffle qu'on entendait au premier temps était en rapport avec l'altération aussi légère qu'on rencontrait à la valvule mitrale. L'autre bruit de souffle plus intense, plus prolongé qu'on entendait au deuxième temps et dont le maximum d'intensité était à la base du cœur et sur un point qui paraissait correspondre à l'orifice artériel, était aussi en rapport avec l'altération de l'orifice aortique et de ses valvules. Quant à la fréquence plus grande du pouls aux carotides qu'aux artères des extrémités, nous croyons qu'on pourrait l'expliquer par le rétrécissement de l'orifice aortique qui ne laisse passer qu'une faible quantité de sang, et par l'insuffisance de ses valvules qui permet à une partie de la colonne de sang chassée du ventricule, d'y rentrer.

Quant aux altérations organiques du cœur, nous croyons qu'elles sont la conséquence d'une endocardite, ou endopéricardite, ayant existé en même temps que les phlegmasies articulaires dont ce sujet a été atteint antérieurement.

**Extrait du rapport de M. CLOQUET sur l'observation
précédente.**

Le fait le plus important de cette observation est, sans contredire cette espèce de désaccord que l'on a observé entre le pouls radial et le pouls carotidien ; il est à regretter que l'auteur ne soit pas entré à ce sujet dans des détails plus circonstanciés, qu'il n'ait pas noté s'il existait des différences dans la force, la plénitude des pulsations, si cet état anormal était constant ou transitoire. Quoi qu'il en soit, il est du moins positif que dans un espace de temps donné, le pouls radial battait moins que le pouls carotidien ; que ces irrégularités fussent permanentes ou non, qu'elles affectassent ou non toujours le même type, peu importe ; elles ont existé, on les a constatées à plusieurs reprises. Quelle en était la cause ? Cette question a soulevé une discussion au sein de la Société. M. Barth a pensé que cette anomalie tenait à une irrégularité dans la force des contractions du cœur, de telle sorte que toutes étaient assez énergiques pour se faire sentir dans les gros troncs voisins, mais qu'un certain nombre seulement avaient assez de puissance pour retentir dans les vaisseaux plus éloignés ; car les phénomènes observés ne se bornaient pas aux radiales, le pouls fémoral était aussi moins fréquent que le pouls carotidien. C'est cette explication que vous avez généralement adoptée, et c'est en effet celle qui rend le compte le plus satisfaisant des faits.

Il est également à regretter que l'auteur ne dise pas si on a eu le soin d'ausculter les gros vaisseaux ; il est probable que l'on'y eût rencontré des bruits anormaux en rapport avec les bruits du cœur. C'est ainsi que chez un homme affecté d'une maladie semblable et dont M. Vigla vous a présenté les pièces anatomiques l'année dernière, on entendait distinctement un bruit de souffle dans les carotides, les fémorales, les fessières, et même jusque dans

les radiales ; il est vrai que dans ce cas le système artériel avait subi une dilatation dans toute son étendue.

Quant aux autres phénomènes observés pendant la vie, faut-il rapporter avec M. Blanchet le bruit métallique que l'on entendait au premier temps à une maladie de la valvule mitrale ? Je ne le pense pas. Quelle aurait été en effet cette maladie ? Une insuffisance de cette valvule. Or, cette affection est loin d'être commune, et d'autre part les concrétions qui s'étaient développées sur la valvule mitrale sont trop peu nombreuses pour en gêner le jeu le moins du monde. Il est bien plus probable que ce bruit doit être attribué à un rétrécissement de l'orifice aortique concomitant avec l'insuffisance des valvules sigmoïdes. Ce rétrécissement a dû même précéder l'insuffisance, et cette dernière maladie se montrer seulement alors que les concrétions osseuses ont atteint un certain degré de développement.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI. ANNÉE.

BULLETIN N° 9. — Novembre 1841.

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Cancer du cerveau.* — 2. *Extirpation de la matrice.* — 3. *Tumeur fibreuse de l'utérus.* — 4. *Nécrose de la quatrième côte.* — 5. *Carie de l'atlas.* — 6. *Pemphigus syphilitique.* — 7. *Mélanose de la moelle.* — 8. *Écartement des sutures du crâne.*

1. M. *Raymond* présente un exemple de cancer du cerveau recueilli à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. *Rostan*, sur un homme qui était entré au mois de mai dernier avec un embarras dans la parole; puis il fut pris successivement de paralysie du bras et de la jambe droite; le 26 juillet l'hémiplégie était complète. On a trouvé les méninges intactes; mais il y a à la partie antérieure du lobe gauche du cerveau une masse encéphaloïde considérable.

2. M. *Maisonneuve* met sous les yeux de la Société une matrice cancéreuse enlevée complètement le 11 août par M. *Récamier*, et rend compte de toutes les circonstances de cette redoutable opéra-

tion. L'utérus est entièrement dégénéré dans son col et dans une partie de son corps ; la partie supérieure de ce dernier paraît encore saine. Cependant quelques personnes pensent qu'elle commençait à devenir le siège d'une dégénérescence. La malade a succombé 36 heures après l'opération, et l'on a constaté que l'intestin avait été ouvert.

3. M. *Gaubric* présente une tumeur fibreuse de l'utérus, trouvée sur une femme de 44 ans, qui est morte d'une hépatite aiguë. Cette malade, dont le membre inférieur droit était oedémateux, portait dans la fosse iliaque droite, une tumeur volumineuse que l'on prit pour une hydropisie enkystée de l'ovaire. A l'autopsie, on a constaté que cette tumeur du poids de deux kilogrammes était une tumeur fibreuse de l'utérus; elle occupait une partie de l'excavation pelvienne, la fosse iliaque et le flanc droit. Sous-péritonéale dans toute son étendue, elle était composée de trois lobes: l'un inférieur et comme la racine des deux autres, confondu par son tissu avec celui du corps de la matrice et adhérent par un tissu cellulaire serré aux deux tiers supérieurs du vagin. Ce lobe, en remontant de l'excavation pelvienne, dans la fosse iliaque, s'était bifurqué à la rencontre de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond du côté droit, qui sont restés parfaitement intacts, et s'était divisé en deux lobes supérieurs; l'un antérieur, le plus volumineux de tous, l'autre postérieur moyen pour le volume.

Ces lobes étaient exclusivement formés par un tissu fibreux et vasculaire; le troisième paraissait multiloculaire: en l'incisant, il s'écoula de deux kystes distincts une sérosité rougeâtre, sanguinolente; du bord supérieur de la matrice s'élevaient deux autres tumeurs fibreuses, mais pédiculées et de volume différent: l'une avait les dimensions d'un œuf de poule, l'autre celui d'une noix.

Régée jusqu'à l'âge de 38 ans, la malade n'avait jamais eu d'enfants, jamais de rapports sexuels. Non seulement la membrane hymen était conservée, mais encore le vagin, à un pouce au-dessous du col de l'utérus, était obstrué par un diaphragme membraneux, perforé au centre de manière à permettre seulement le passage d'un stylet. Le rectum et la vessie n'étaient point comprimés par la tumeur.

4. M. E. *Cloquet* raconte que sur un homme mort d'un psoriasis, il a trouvé du côté droit de la poitrine un abcès qu'il a d'abord cru être un abcès enkysté de la plèvre, mais qu'il a ensuite reconnu être situé entre la plèvre costale et les côtes. Dans cet abcès était contenu un séquestre de la quatrième côte nécrosée, lequel a une longueur

d'environ un pouce et demi, mais une hauteur et une épaisseur peu considérables; il était libre dans le foyer au milieu du pus; il est remarquable que rien pendant la vie n'avait fait soupçonner l'existence de cette maladie.

5. *M. Comin* fait voir un exemple de maladie de l'atlas et des articulations atloïdo-occipitales : une jeune fille de 18 ans, fut prise il y a plus d'un an de douleurs au cou, que l'on attribua à un torticolis. Elle entra à l'hôpital Beaujon il y a trois mois : la tête était alors inclinée à droite; ses mouvements étaient très douloureux. La malade la soutenait elle-même avec ses mains lorsqu'elle voulait s'asseoir sur son lit. Elle présentait d'ailleurs tous les signes de la phthisie; dans les derniers jours, elle fut prise de picotements, puis de paralysie dans les membres gauches et enfin dans ceux du côté droit. La dyspnée est survenue, et elle est morte asphyxiée. A l'autopsie on a trouvé des cavernes dans le poumon droit, et dans le foie de petits kystes remplis d'une matière jaunâtre, difficile à caractériser, mais qui était probablement de la matière tuberculeuse. A la partie antérieure et supérieure du cou, et sur le côté droit, existe un kyste rempli de matière purulente mêlée à des grumeaux sanguins. La portion droite de l'atlas est détruite; la masse latérale gauche existe et est soudée à l'occipital. L'apophyse odontoïde est détruite, et l'axis a subi un mouvement de rotation à droite et en arrière qui est bien indiqué par le changement de direction d'un des faisceaux du muscle long du cou. La moelle ne paraît pas comprimée; mais il est possible qu'elle l'ait été pendant la vie, et qu'il n'en soit pas resté de traces.

6. *M. Depaul* présente les membres inférieurs de deux enfants nés à terme et morts peu de temps après la naissance; on y voit des bulles nombreuses contenant un liquide jaunâtre, et lorsqu'on les ouvre, on constate une érosion de la surface du derme au centre de chaque point malade. *M. Depaul* regarde cette éruption comme de nature syphilitique; l'un des enfants n'a pas offert d'autre affection; l'autre avait en outre des abcès dans le thymus : et une altération du poumon, difficile à caractériser, consistant en une augmentation de densité et une coloration jaunâtre de son tissu. La mère du premier enfant n'offre actuellement aucun symptôme syphilitique, et assure n'avoir jamais eu d'affection de cette nature; mais il est positif que le père a eu des maladies vénériennes, et qu'ils ont eu d'autres enfants qui sont morts de la même manière. La mère du second enfant dit avoir eu, il y a quelque temps, une plaie à la

vulve, pour laquelle elle fut traitée pendant quinze jours seulement par des pilules; le père était entré à cette époque à l'hôpital des Vénériens.— Cette femme est, comme la première, accouchée deux fois d'un enfant mort.

7. M. *Pigné* montre une dégénérescence mélanique de la moelle épinière, siégeant au niveau de la partie inférieure de sa portion dorsale et occupant le centre de l'organe; le malade était paraplégique depuis plusieurs mois.

8. M. *Gaubric* fait voir un écartement de plusieurs sutures du crâne avec fracture de quelques-unes de leurs dentelures. Les sutures écartées sont: le quart antérieur de la sagittale, la fronto-pariétale droite et sphéno-temporale du même côté jusqu'au trou déchiré antérieur. Le maximum de l'écartement est de trois millimètres; il a lieu au bas de la suture fronto-pariétale droite; c'est dans ce point que deux ou trois des dentelures du frontal sont brisées et implantées dans les engrenures correspondantes du pariétal. Plus haut, les dentelures du frontal et du pariétal sont entières, écartées, et comme leur nombre est bien plus considérable que celui des dentelures brisées, M. Gaubric avait d'abord cru à un écartement sans fracture. Du reste, il n'y avait point de fracture à la base du crâne, ni ailleurs; on a trouvé un épanchement de sang entre la dure-mère et le crâne, un autre à la surface du cerveau, et ce dernier contus en plusieurs points. L'accident avait été causé par un moellon que le malade placé sur une échelle passait à un de ses camarades placé au-dessus de lui. Il n'y a pas eu de symptômes de compression, mais seulement de la contracture: la mort eut lieu au bout de cinq jours.

Diathèse cancéreuse, par M. MILCENT.

Le 13 juillet est entrée à la Charité Marie-Thérèse Laplace, âgée de 54 ans, non mariée, lingère, demeurant rue Montmartre, 98.

Cette malade est d'un tempérament nerveux; elle a éprouvé de nombreux et profonds chagrins: elle a toujours habité dans un lieu malsain, humide, mal aéré; cependant elle s'est toujours assez bien portée.

Il y a six mois environ, elle a été prise d'une affection intestinale, sur laquelle elle ne donne que des renseignements obscurs et incomplets, et dont elle a été traitée par des boissons mucilagineuses des lavements émollients, l'application de quelques sangsues; quoi qu'il en soit, elle ne s'est jamais bien rétablie de cette maladie, et depuis ce temps l'estomac est resté souffrant. La malade a perdu presque complètement l'appétit: les digestions sont devenues lentes et pénibles; elle a été réduite à se nourrir de bouillons et d'aliments très légers qui même, selon son expression, ne passaient pas toujours bien. En même temps des douleurs d'une nature particulière se sont fait sentir à la région épigastrique. Ces douleurs sont profondes, intermittentes, revenant à des intervalles irréguliers; elles consistent dans une sorte de constriction graduelle, dont l'intensité augmente pendant quelques instants, puis diminue peu à peu.

Dans les premiers jours de juin, la malade a ressenti par tout le corps, mais plus particulièrement du côté droit que du côté gauche, des douleurs dont le caractère ne nous a pas été bien défini; quelques bains et des frictions avec du baume tranquille ont fait disparaître ces douleurs. Peu de temps après, la malade s'est aperçue que la paupière supérieure droite s'abaissait graduellement, sans qu'il lui

fût possible de la relever ; au bout de trois jours, l'abaissement était complet, à ce point que le globe oculaire était entièrement caché.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital ; les symptômes décrits plus haut persistent et se sont même accrus. L'estomac est douloureux ; les douleurs s'y font toujours sentir à des intervalles irréguliers, et la pression épigastrique les augmente : du reste, on ne reconnaît pas de tumeur dans l'abdomen ; tout au plus perçoit-on et d'une manière confuse la sensation d'un empâtement profond, non circonscrit, sur l'existence duquel il y a doute. La malade a souvent des éructations, des flatuosités ; elle rend souvent par régurgitation plutôt que par vomissement des matières aqueuses.

La paupière supérieure de l'œil droit est constamment abaissée, sans que la malade puisse, par le seul fait de sa volonté, la relever et la maintenir dans sa position naturelle ; dans l'état de repos cette paupière n'est pas en contact avec l'inférieure, dont elle se trouve éloignée de quatre millimètres environ. Comme la contractilité du muscle orbiculaire est conservée, la malade peut rapprocher les deux paupières en contact l'une de l'autre, la sensibilité de la paupière est d'ailleurs parfaitement conservée ; il y a même un peu de douleur à sa partie supérieure et interne au-dessous et en dedans de l'échancrure du nerf frontal.

Derrière la paupière, l'œil droit parfaitement sain est immobile et affecté d'un strabisme externe assez marqué. La vision est néanmoins très nette de ce côté ; lorsqu'on dit à la malade de regarder un objet des deux yeux en même temps, elle est obligée de porter l'œil gauche fortement en dedans pour rétablir le parallélisme des axes visuels. Si, l'œil gauche étant fermé, et la paupière de l'œil droit soulevée, on présente à ce dernier un des doigts de la main, et qu'on le porte dans toutes les directions, en

haut, en bas, en dedans, en dehors, après avoir prié la malade d'en suivre tous les mouvements; malgré tous ses efforts, elle ne peut mouvoir cet œil dans aucun sens tout ce qu'elle a pu faire deux ou trois fois dans cette expérience, c'est un petit mouvement lent et peu marqué de droite à gauche.

La pupille de l'œil droit est fortement dilatée, immobile, tandis que celle de l'œil gauche a conservé toute sa mobilité.

Le diagnostic, qui est porté avec une certaine réserve, comme il convenait d'ailleurs, est celui-ci : 1° cancer de l'estomac ; 2° tumeur probablement de la même nature, comprimant la troisième paire des nerfs crâniens du côté droit.

La malade est soumise à un traitement fort simple : potages, bouillons pour nourriture, eau de Seltz ; frictions ammoniacales sur la paupière supérieure droite, vésicatoire sur la région épigastrique.

L'état de la maladie paraît stationnaire pendant quelques jours, au bout desquels des symptômes plus graves viennent à se manifester. Les digestions deviennent plus difficiles, plus douloureuses. L'ingestion des aliments se fait toujours bien ; mais, après qu'une certaine quantité en a été prise, l'estomac les rejette. Ces vomissements, qui consistaient d'abord dans l'expulsion de matières alimentaires, ayant subi un travail de digestion plus ou moins complet, deviennent bientôt noirâtres et fétides. On y trouve encore quelques matières alimentaires, lesquelles paraissent quelquefois avoir été, pour ainsi dire, choisies par l'estomac pour être expulsées : il arrive plusieurs fois en effet que des substances prises la veille sont rejetées, tandis que des aliments pris le jour même sont conservés. Les vomissements continuant toujours, la malade est forcée de ne prendre que du bouillon, plus tard même de s'abstenir de toute nourriture. Les matières vomies sont presque

liquides, d'une couleur brunâtre, d'une odeur repoussante; elles offrent un aspect bourbeux.

Une potion anti-vomitif et une certaine quantité de glace à prendre à l'intérieur, sont prescrites chaque jour.

Néanmoins l'état de la malade ne fait qu'empirer: les vomissements qui ont cessé pendant deux jours, reparaissent de nouveau; la malade perd ses forces. Elle a une fièvre continue, la peau est sèche, jaune, terreuse; l'amaigrissement est considérable; l'intelligence paraît affaiblie, obscurcie; le dévoiement survient; les vomissements cessent pendant deux jours: la poitrine se prend, les bronches s'obstruent de mucosités, la perte de connaissance est totale, enfin la malade meurt le 23 août.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

A l'examen nécroscopique, fait vingt-quatre heures après la mort, on reconnaît les lésions suivantes, sur lesquelles nous reviendrons en détail :

1° Tumeur encéphaloïde, développée sur la selle turcique, ayant déterminé l'atrophie de la branche droite de la troisième paire dans le point où le nerf était en contact avec elle.

2° Tumeur cancéreuse à la région pylorique de l'estomac.

3° Collections et infiltrations encéphaloïdes des tissus médullaires de plusieurs os longs.

4° Traces et cicatrices de fractures transversales des deux rotules.

1° *Tumeur encéphaloïde de la selle tunique et atrophie de la 3^e paire.* Sur la partie supérieure du sphénoïde, en avant des apophyses clinoides postérieures, se trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix, de forme quadrilatère, remplissant tout l'intervalle qui sépare les deux sinus caverneux, et s'étendant plus à droite qu'à gauche; cette tumeur déborde en haut le bord supérieur de la lame carrée du sphénoïde. Elle a soulevé la dure-mère

qui tapisse dans ce point la face supérieure du sphénoïde ; incisée, elle présente l'aspect d'une pulpe, de couleur rosée, vasculaire, ramollie, déjà presque diffuente ; la surface osseuse qu'elle recouvre est manifestement malade, un peu rouge, et, à la partie postérieure à droite surtout, infiltrée de substance encéphaloïde, laquelle pénètre à une certaine profondeur : de telle sorte que la tumeur paraît avoir débuté par l'os, sur lequel on peut remarquer deux sortes de lésions, en arrière une dégénérescence primitive, origine de la tumeur, en avant une dénudation consécutive, et un commencement de carie déterminée symptomatiquement par la présence de cette tumeur ; une circonstance digne d'être notée, c'est l'état sain du corps pituitaire, refoulé en avant par le cancer, mais conservé en tout sans aucune adhérence avec la masse encéphaloïde et tout au plus très légèrement augmenté de volume.

Le sinus caverneux du côté droit étant ouvert, on trouve sa capacité un peu diminuée ; la 3^e paire est accolée contre la tumeur. Dans le point correspondant à la tumeur, dans une longueur d'un millimètre environ, l'épaisseur du cordon nerveux est considérablement diminuée ; dans ce point, le diamètre du nerf n'a pas plus d'un demi-millimètre, tandis qu'en deçà et au delà ce même diamètre est d'à peu près un millimètre et demi ; la diminution de volume ne se fait pas par dégradation, elle est subite, brusque ; cependant dans la partie atrophiée, le nerf ne paraît pas avoir diminué de consistance ; sa consistance paraît plutôt modifiée au-dessus et au-dessous du rétrécissement ; la pulpe nerveuse paraît en ces points un peu ramollie ; elle se rapproche au moins sous ce rapport de l'état de la tumeur cancéreuse.

2^e *Tumeur cancéreuse de la région pylorique de l'estomac.* Je ne fais qu'indiquer ici cette dégénérescence de l'estomac, sans y insister beaucoup ; un engorgement cancéreux diffus (pour me servir de l'expression qu'em-

pioie M. Récamier pour caractériser cette forme particulière), de nature encéphaloïde, occupe toute la partie droite de l'estomac. Toute cette région présente un épaissement considérable des parois du ventricule, lesquelles ont changé de nature, et sont transformées en une substance morbide identique. La muqueuse seule, qui du reste est très adhérente aux portions sous-jacentes, paraît avoir conservé sa texture normale; si on incise les parties infiltrées de matière cancéreuse, c'est à peine si on aperçoit quelques traces de l'ancien tissu. La coupe présente une teinte d'un blanc-rosé, demi-transparente; quelques petits vaisseaux se dessinent çà et là; aucun point ne présente de traces de ramollissement.

La dégénérescence ne s'est pas bornée à la portion pylorique de l'estomac, elle s'est étendue de proche en proche aux organes voisins; une partie du duodénum et l'extrémité droite ou la tête du pancréas ont été envahis par le principe morbide; leur altération présente les mêmes caractères que nous avons indiqués plus haut et qui appartiennent au cancer encéphaloïde.

3° *Collections et infiltrations encéphaloïdes de quelques os longs.* On trouve dans l'extrémité inférieure des deux fémurs, dans l'extrémité supérieure du tibia droit et dans la partie inférieure de l'humérus gauche, des masses de matière encéphaloïde qu'il importe de décrire avec soin.

Nombre. Ces masses cancéreuses sont en nombre variable dans les différents os ci-dessus désignés; le fémur droit en contient deux grosses et plusieurs petites; le fémur gauche, trois ou quatre, qui sont moins bien limitées et qui se trouvent tenues les unes aux autres par des traînées de substance de la même nature. Dans le tibia, il serait difficile d'en déterminer le nombre; elles sont disséminées sous forme d'infiltrations; enfin quatre ou cinq petits noyaux de substance encéphaloïde se remarquent dans l'humérus gauche.

Séges et rapports. Elles sont toutes situées dans le tissu médullaire des os, plus particulièrement à l'une des extrémités, et envahissent plus ou moins le tissu aréolaire de l'épiphyse ; au fémur droit seulement, au-dessus du condyle droit existe une masse considérable de matière cancéreuse, qui a détruit le tissu compact de l'os, et qui est arrivée jusqu'au contact des parties molles ; mais il est facile de voir que, dans ce point, le produit morbide a débuté par le tissu spongieux. Nous reviendrons plus loin sur l'état des parties environnantes.

Forme. Parmi ces masses de substance morbide, les unes sont isolées, collectées ; les autres paraissent mélangées avec le tissu médullaire, infiltrées dans ses mailles. Ces dernières sont amorphes, irrégulières ; les premières sont globuleuses, arrondies ; cependant il n'y a guère que les deux grosses collections cancéreuses que nous avons signalées dans le fémur droit, dont la circonférence soit bien limitée ; celles du fémur gauche sont irrégulièrement circonscrites, et on trouve sur leurs limites un cercle d'infiltration diffuse.

Volume. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix ; les plus petites se trouvent dans l'humérus, les moyennes dans le fémur gauche et le tibia, les plus grosses dans le fémur droit.

Texture et organisation. Chacune de ces masses cancéreuses paraît formée d'une pulpe molle, d'une couleur blanc-rosée, demi-transparente ; la teinte blanc-rosée n'est pas partout uniforme ; on voit facilement à l'œil nu des points rougeâtres d'une coloration plus foncée. La consistance de ces masses est en général très peu considérable ; elles sont arrivées à un degré très voisin du ramollissement ; ce n'est déjà plus à la substance cérébrale des adultes qu'on peut comparer la matière qui les compose, mais bien plutôt à celle du fœtus. Cependant il y a quelques points qui ont encore une certaine consistance ; dans ce

points, on remarque une coloration plus pâle, une teinte qui se rapproche du blanc-laiteux ; les parties plus colorées, plus roses, sont en même temps plus ramollies ; elles se trouvent tantôt au centre, tantôt à la circonférence des masses cancéreuses, mais plus particulièrement à la circonférence de celles qui sont à l'état de collection ; examinées à la loupe, elles se dessinent mieux et se distinguent plus facilement du tissu graisseux qui se trouve sous les aréoles de l'étui médullaire ou de l'épiphyse. La teinte de ce dernier est moins rosée, plus jaune, moins transparente. La loupe fait reconnaître quelques points infiltrés de matière encéphaloïde, qu'on ne distingue pas à l'œil nu. De plus les points rouges et d'une moindre consistance, dont nous avons parlé plus haut, sont alors facilement reconnus pour formés par de petits vaisseaux gros et courts, dont quelques-uns sont au centre du cancer, isolés de la grande circulation, dont les autres plus nombreux en occupent les limites, et paraissent communiquer avec les vaisseaux de l'os. Les masses collectées sont-elles enkystées ? elles ne le paraissent pas à l'œil nu ; cependant à la loupe on peut voir manifestement qu'au moins l'une d'entre elles, située dans le tissu médullaire du fémur droit, est brusquement isolée des parties environnantes, qu'elle n'envoie aucun prolongement au-delà de ses limites, qu'enfin, si on la soulève avec précaution, on voit toute la substance qui la compose, soutenue, maintenue, par une enveloppe extrêmement fine, transparente, cellulo-fibreuse qui paraît envoyer des brides ou cloisons dans l'épaisseur du noyau cancéreux.

État des parties environnantes. Le tissu médullaire des os malades est en partie infiltré par de la matière encéphaloïde ramollie et mélangée de sang, en partie occupé par une vive inflammation, déterminée par la présence du produit morbide ; la moelle a complètement disparu. Une espèce de boue rouge, épaisse, noirâtre dans quelques

points, présentant dans un endroit seulement un petit amas de pus, remplit les intervalles des masses cancéreuses. Le tissu compact est complètement sain, ainsi que le périoste qui le recouvre, excepté toutefois, comme il a été dit plus haut, au-dessus du condyle externe du fémur droit, où la tumeur cancéreuse a détruit les parties les plus externes de l'os et le périoste, de dedans en dehors ; en ce point la lame compacte présente une solution de continuité dont les bords sont inégaux, dentelés, irréguliers. Les lamelles osseuses, prolongement du tissu compact, qui forment dans l'état normal en se rapprochant du centre de l'os, un tissu aréolaire dans les mailles duquel se trouve la substance grasseuse médullaire, ces lamelles sont raréfiées, amincies, friables ; quelques-unes d'entre elles, détachées, isolées, forment de véritables petits séquestres.

4° *Traces de fractures des deux rotules.* Les deux rotules présentent des traces manifestes de fractures anciennes. Celle du côté droit, comme celle du côté gauche ont été fracturées transversalement, seulement du côté gauche la fracture était double ; en effet, la rotule de ce côté est divisée en trois fragments, le fragment moyen est le moins volumineux, la rotule droite n'offre que deux fragments. Des deux côtés, il n'y a pas de cal osseux ; un tissu fibreux, ligamenteux, réunit les fragments qui sont séparés par un intervalle de la largeur d'un travers de doigt.

Au moment de l'autopsie, on s'est demandé si ces fractures n'avaient pas été produites par la simple action de fortes contractions musculaires, tous les os étant, comme on sait, très friables chez les cancéreux ; mais des renseignements ayant été pris depuis à ce sujet auprès des parents de la défunte, il a été constaté que les fractures avaient été causées par une chute sur les genoux ; ce qui du reste n'est pas une raison pour refuser dans ce cas à la diathèse cancéreuse une influence au moins prédisposante.

Recherches sur quelques cartilages diarthrodiaux et épiphysaires; par L. GOSSELIN, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine.

Étudiant un jour l'articulation temporo-maxillaire sur un fœtus à terme, j'ai constaté le fait anatomique suivant :

Après avoir enlevé soigneusement le fibro-cartilage interarticulaire, il me sembla que la surface du condyle du maxillaire inférieur était recouverte par une membrane; j'incisai transversalement et j'enlevai en effet avec une pince de chaque côté un petit lambeau membraneux, qui se détachait facilement du cartilage, en laissant celui-ci intact; je crus d'abord avoir constaté positivement l'existence de la membrane synoviale sur un cartilage articulaire, et j'examinai de suite le côté opposé, même phénomène; cette fois seulement, il me sembla que le feuillet membraneux en question se continuait avec le périoste.

La chose était trop intéressante pour ne pas l'étudier avec soin; j'ai donc, sur plusieurs fœtus à terme, examiné le maxillaire inférieur; j'ai constaté que la surface cartilagineuse du condyle était à cette époque de la vie, recouverte par une membrane, et j'ai acquis la certitude que cette membrane n'était autre chose qu'un prolongement du périoste; voici comment je le démontre: j'incise circulairement le périoste vers la partie inférieure du col; je le détache de bas en haut avec l'ongle, (on sait que pendant les premiers temps de la vie, il n'adhère que très faiblement à la substance osseuse); et je l'enlève avec autant de facilité sur la surface articulaire que sur le reste de l'os. Ce prolongement du périoste forme donc au condyle, une espèce de coiffe ou capuchon dont la face supérieure est tapissée par la synoviale qui lui donne un



aspect lisse, et dont la face inférieure est appliquée sur le cartilage encore mou, incomplètement formé, mais existant déjà néanmoins, et n'adhérant pas encore solidement au reste de l'os. Je dis que la face supérieure est tapissée par la synoviale; mais je n'ai pu le démontrer anatomiquement jusqu'à ce jour, c'est-à-dire, séparer le feuillet périostique du feuillet synovial. Je les crois aussi adhérents l'un à l'autre, que le sont les feuillets séreux et fibreux du péricarde, et je me fonde sur l'aspect lisse de la membrane périostique pour admettre, qu'elle est ainsi doublée par la synoviale.

Dans tous les maxillaires que j'ai examinés, j'ai eu bien soin de m'assurer si ce que j'enlevais était réellement une membrane distincte du cartilage, ou si ce n'était pas une portion de ce dernier; la facilité avec laquelle je détachais le feuillet sans employer de grands efforts de traction, devait déjà me laisser croire que je ne commettais aucune méprise; mais pour plus de certitude, j'ai bien constaté qu'après l'ablation de la membrane, le cartilage diarthrodial restait intact, et ne paraissait pas avoir éprouvé de perte de substance. Il m'est bien arrivé quelquefois d'enlever en même temps quelques parcelles du tissu cartilagineux; la même chose a lieu souvent lorsqu'on détache le périoste des os eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il arrive de détacher avec lui quelques parcelles osseuses.

J'ai recherché si la même disposition se rencontrait pour la surface articulaire de la cavité glénoïde du temporal; et plusieurs fois je l'ai constatée; mais la chose n'est pas aussi évidente, parce que l'extrême minceur du cartilage diarthrodial de cette cavité peut faire croire que c'est lui-même qu'on a détaché, et non pas le prolongement du périoste.

Ce fait anatomique, qu'aucun auteur, je pense, n'avait encore signalé, pouvant avoir une certaine valeur pour éclairer quelques questions relatives à l'histoire des cartil

diarthrodiaux, je m'appliquai à rechercher s'il se rencontrait :

- 1° Sur le maxillaire à tous les âges ;
- 2° Chez les animaux ,
- 3° Chez l'homme dans d'autres articulations.

1° J'ai examiné plusieurs maxillaires inférieurs d'enfant de six mois à un an, et j'ai bien trouvé la disposition dont je parle : sur les adultes, je l'ai rencontrée quelquefois, mais dans plusieurs cas j'ai vu ce que l'on trouve pour la plupart des autres os, c'est-à-dire que le périoste, arrivé au niveau du cartilage diarthrodial se confond avec lui, et que si l'on veut essayer de les séparer l'un de l'autre on opère des déchirures.

2° J'ai disséqué quatre articulations temporo-maxillaires de chiens dont l'âge m'était inconnu. Sur le premier, j'ai détaché facilement le feuillet périostique du condyle et de la cavité glénoïde ; sur le second, le résultat n'a pas été aussi évident, et peut-être cela tient-il à ce que celui-ci était plus avancé en âge.

Sur une tête de cheval, j'ai trouvé également le prolongement du périoste à la surface du condyle ; seulement j'ai eu quelque peine à le détacher, et le cartilage qui restait était tellement mince qu'on pouvait se demander s'il n'avait pas été dédoublé ; l'animal d'ailleurs était âgé.

3° Il restait à savoir si le fait dont je m'occupe se rencontrait sur d'autres surfaces cartilagineuses. J'ai dans ce but examiné *sur des fœtus à terme* les articulations coxo-fémorale, fémoro-tibiale, tibio-tarsienne, celles du membre supérieur, et je n'ai rien trouvé de semblable ; coupant toujours circulairement le périoste dans un point de la longueur des os, je le détachais facilement avec l'ongle dans toute l'étendue de la diaphyse ; mais arrivé sur l'épiphyse, il devient plus adhérent ; on éprouve quelque peine à le séparer du cartilage, et enfin sur les

limites de la portion articulaire et de la portion épiphysaire de ce dernier, le périoste devient tellement adhérent qu'il semble se confondre avec lui, et que si on veut les séparer, on déchire. Jamais il ne m'a été possible de trouver un prolongement périostique sur le cartilage diarthrodial des os du bras, de l'avant-bras, de la main, ni sur ceux de la cuisse, de la jambe et du pied.

Étonné de cette différence, et persuadé cependant, comme chacun peut s'en convaincre aussi, que le périoste coiffe bien le cartilage articulaire du maxillaire inférieur dans les premiers temps de la vie, je me demandai si cette disposition n'avait pas quelque rapport avec son développement précoce. On se rappelle en effet qu'il est complètement ossifié, à (l'exception toutefois de la symphyse du menton), à la naissance. Or la clavicule est exactement dans le même cas; je cherchai donc si les extrémités articulaires de cet os m'offriraient quelque chose de semblable. Je coupai circulairement le périoste non loin de l'extrémité sternale (sur un fœtus à terme); je détachai de dehors en dedans avec l'ongle, et je pus enlever de dessus la surface cartilagineuse un feuillet membraneux semblable à celui de la mâchoire; j'ai plusieurs fois répété l'expérience, et elle m'a donné le même résultat; cependant je dois avertir que la préparation ne s'exécute pas aussi facilement que sur le maxillaire; d'une part, l'os augmentant de volume vers son extrémité, on éprouve un peu de peine à renverser le périoste que l'on a coupé dans une partie plus rétrécie; d'une autre part, il présente vers cette extrémité quelques adhérences qui se détruisent moins facilement; mais ces adhérences une fois surmontées, la membrane s'enlève bien aisément sur la facette cartilagineuse; il semble même que sur cette facette le périoste est plus épais que sur le reste de l'os. Les mêmes difficultés se rencontrent pour l'extrémité acromiale, mais avec quel-

ques précautions on y signale bientôt la disposition qui m'occupe. J'ai trouvé le feuillet périostique sur la clavicule d'un enfant de six mois ; j'ai cherché s'il existait chez l'adulte, mais je ne l'y ai pas rencontré. Le périoste se comporte là comme sur la plupart des autres os, c'est-à-dire que si on le détache, et qu'on essaie de le séparer du cartilage, les tractions ont pour résultat de le déchirer au pourtour de la surface articulaire avec laquelle il paraît se confondre intimement.

Il résulte donc de ces recherches que le périoste revêt en se prolongeant le cartilage diarthrodial du maxillaire inférieur, et celui des deux extrémités de la clavicule à l'époque de la naissance et qu'on ne rencontre rien de semblable sur les autres os du corps humain. Il s'agit maintenant de rechercher la cause de cette disposition, et de voir quelle peut être sa valeur pour l'étude des cartilages diarthrodiaux en général.

Or la cause du phénomène se trouve, selon moi, dans l'ossification rapide des deux os que j'ai mentionnés, et ici j'ai besoin d'entrer dans quelques explications. La nature a voulu que l'ossification, cette fonction si importante des premiers temps de l'existence, ne se fit pas complètement à une même époque ; il semble que ce travail soit trop difficile, trop fatigant pour que l'organisation puisse l'exécuter rapidement dans toutes les parties du corps à la fois : ce sont donc en général les os dont les fonctions sont les plus nécessaires au commencement même de la vie qui sont achevés à cette époque ; les autres ou sont encore complètement cartilagineux, ou bien sont déjà ossifiés, mais seulement dans une partie de leur substance. Dans les os longs que je prends pour exemple, le corps ou la diaphyse s'ossifie d'abord, et les extrémités qu'on est convenu d'appeler épiphyses, restent plus ou moins longtemps cartilagineuses. Le travail particulier de la nutrition dans ces épiphyses, travail qu'il

n'est pas donné au physiologiste de suivre et de connaître dans toutes ses phases, y amène l'ossification à une époque plus ou moins reculée, l'achève plus tard encore; et les choses sont disposées de telle façon que la portion libre de chaque épiphyse ne s'ossifie jamais; elle reste cartilagineuse, devient, lorsque l'ossification est achevée, cartilage articulaire. Je répète qu'il n'est donné ni à l'anatomiste ni au physiologiste de savoir pourquoi l'ossification s'arrête sur des limites convenables et n'envahit pas cette portion qui reste cartilage d'encroûtement; mais peut-être est-il permis de penser que les mouvements mêmes des articulations contribuent à la production de ce phénomène; ne voit-on pas du tissu cartilagineux se former aux dépens d'autres organes, et surtout aux dépens du périoste dans les parties où s'opère un glissement continu, dans la coulisse du jambier postérieur au tibia, dans celle des péroniers latéraux au péroné, etc., par exemple? Le glissement continu des surfaces articulaires ne pourrait-il pas aussi contribuer à entretenir la position libre des épiphyses dans l'état cartilagineux? Quoi qu'il en soit de cette conjecture, l'ossification est rapide dans le maxillaire inférieur et dans la clavicule (1): elle envahit tout le tissu cartilagineux qui forme ces os primitivement, il aurait pu résulter de ce travail si prompt qu'il ne restât rien pour constituer le cartilage diarthrodial, surtout si les mouvements qui n'ont pas encore eu lieu doivent favoriser la permanence de ce cartilage. Je crois donc que le périoste a ici pour fonction d'éviter un semblable inconvénient; il veille à la formation du tissu cartilagi-

(1) Le point d'ossification complémentaire qui apparaît à un âge avancé près de l'extrémité sternale, ne détruit en rien ce que j'avance.

neux qui s'interpose à lui et à la substance osseuse, puis lorsque le cartilage a été ainsi formé secondairement, il finit par se confondre avec le périoste lui-même, les mouvements de glissement du condyle assurant pour toujours sa persistance. Je pense en un mot que les cartilages diarthrodiaux du maxillaire et de la clavicule sont formés secondairement aux dépens du périoste, tandis que dans les autres os le cartilage diarthrodial n'est autre chose que la portion libre et ne s'ossifiant jamais du cartilage épiphysaire, et ainsi le périoste joue par rapport aux surfaces cartilagineuses que j'ai nommées à peu près le même rôle que Duhamel lui a fait jouer dans la formation de tout le système osseux.

Au reste, il faudrait peut-être de nouvelles recherches pour savoir comment se comporte le périoste par rapport à ces deux os, et même par rapport à tous les autres, aux diverses époques de la vie intra-utérine. Ici la ténuité des parties rend les préparations plus difficiles, et d'ailleurs on n'a pas facilement à sa disposition des fœtus de tous les âges.

Je dis maintenant que le fait du prolongement périostique que l'on pourrait appeler *périchondre articulaire* sur le maxillaire et la clavicule, peut avoir quelque valeur en anatomie générale. D'abord ne pourrait-on pas l'invoquer à l'appui des idées philosophiques de Walther, de MM. de Blainville et Laurent, qui ayant surtout en vue le mode de formation des divers tissus de l'économie animale ont rangé dans un même groupe les tissus cellulaire, fibreux, cartilagineux et osseux; ils ont admis que ces derniers sont le résultat d'une transformation du premier, c'est-à-dire du tissu cellulaire, l'élément générateur par excellence. Le périoste articulaire dont je m'occupe et le cartilage lui-même, qui sont si facilement séparables l'un de l'autre à une époque peu avancée, finissent par se confondre; il est donc assez rationnel de

ranger dans une même classe deux tissus qui peuvent ainsi se réunir et se fondre en un seul. Peut-être aussi Bordenave n'a-t-il pas eu tort quand il a regardé les cartilages épiphysaires comme un épaississement du périoste, à cause de la difficulté que l'on éprouve à les séparer aux extrémités des os. Il faut bien remarquer d'ailleurs que ces modifications de l'élément cellulaire pour former les divers tissus désignés par M. Laurent sous le nom de scléreux ne permettent pas pour cela de les réunir dans une seule et même description. Ces modifications portant surtout sur les phénomènes de leur nutrition, donnent à chacun d'eux une organisation et des propriétés particulières que l'anatomiste doit connaître ; mais le périoste, les os et les cartilages diarthrodiaux n'en conservent pas moins des caractères généraux qu'ils doivent à leur origine commune, et qui se traduisent par la facilité avec laquelle une maladie développée primitivement dans l'un d'eux envahit bientôt les autres. N'est-ce pas à cette cause qu'il faut attribuer la plus grande partie des désordres des tumeurs blanches ?

En second lieu l'existence du périoste sur les surfaces articulaires que j'ai indiquées peut servir à éclairer la question tant débattue et non encore résolue pour tout le monde, de la vitalité ou de la non-vitalité des cartilages articulaires. Puisque le périoste est une membrane organisée, pourvue même d'une assez grande quantité de vaisseaux, c'est déjà une présomption pour croire que le cartilage placé au-dessous est organisé comme lui. Nesbit, Hunter et Bichat ont fait valoir cet argument à propos de la synoviale qu'ils ont admise sur les autres cartilages diarthrodiaux ; on peut donc le faire valoir aussi pour le périoste. D'ailleurs, puisque celui-ci par les progrès de l'âge se réunit intimement avec le cartilage, c'est encore une raison de croire que ce dernier participe

à l'organisation que le premier ne perd assurément pas par suite de leur mélange.

Mais cette raison ne me paraissant pas suffisante pour admettre la vitalité et l'organisation de tous les cartilages articulaires, j'ai étudié ceux-ci avec soin, et je me suis convaincu que la question si difficile à résoudre quand on l'examine sur des sujets adultes devient plus simple en l'examinant chez le fœtus. Voici donc ce que j'ai constaté sur plusieurs os longs à l'époque de la naissance.

Le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, que je prends pour exemple, a une hauteur d'environ six ou huit lignes. Si on vient à le couper par tranches minces soit horizontalement, soit de devant en arrière, on aperçoit une multitude de petits orifices, et si l'on exerce alors une forte pression latéralement, on voit sourdre, par ces orifices, une assez abondante quantité de liquide transparent, quelquefois d'un jaune rougeâtre; si l'on examine une des tranches coupées, on voit manifestement des vaisseaux se ramifier dans son épaisseur. Ces vaisseaux sont-ils sanguins? Je n'en fais aucun doute. Le liquide que la pression fait sortir, n'a pas, il est vrai, l'apparence du sang; mais n'y a-t-il pas d'autres parties dans lesquelles les vaisseaux sanguins ne charrient aussi qu'un liquide transparent, la conjonctive par exemple. D'ailleurs, une injection au vernis coloré, poussée par l'artère fémorale d'un fœtus à terme m'a prouvé que les vaisseaux dont je parle se continuent bien avec les artères.

La distribution des vaisseaux dans les cartilages d'ossification des os longs est assez intéressante pour appeler un instant notre attention. En effet, les rameaux de l'artère nourricière s'arrêtent dans le corps de l'os et ne vont pas dans le cartilage; au moins il ne m'a pas été donné d'en suivre sur des fœtus à terme injectés avec soin. Les artères de l'épiphyse lui sont fournies par les branches qui environnent l'articulation correspondante; ainsi les

extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia reçoivent des articulaires du genou, la partie inférieure des os de la jambe et l'astragale reçoivent des malléolaires; à l'articulation huméro-cubitale, ce sont les collatérales. Les rameaux venus de ces branches se distribuent d'abord dans le périoste, puis pénètrent le cartilage transversalement, et vont se perdre dans son épaisseur. Outre cela, dans les articulations pourvues de ligaments inter-articulaires, une artère ou deux accompagnent toujours ces ligaments pour pénétrer dans l'épiphyse au niveau de l'insertion de ceux-ci: ainsi au genou *l'artère articulaire moyenne* fournit un ou deux rameaux qui, se portant de bas en haut, accompagnent les ligaments croisés pour gagner le cartilage au niveau de l'espace intercondylien qui sera ossifié plus tard. La même chose a lieu pour le ligament-rond de l'articulation coxo-fémorale. Tous ces vaisseaux sont ténus, mais le vernis coloré en rouge par le vermillon les pénètre encore assez bien.

Les cartilages épiphysaires reçoivent donc de nombreux vaisseaux; tout le monde le sait et tout le monde admet que ces vaisseaux sont indispensables pour permettre à l'épiphyse d'abord de vivre comme cartilage et ensuite de devenir plus tard substance osseuse. Or, si le cartilage épiphysaire est organisé, je me demande comment on peut douter un instant que le cartilage diarthrodial le soit aussi, car c'est en définitive un seul et même organe. Il n'y a pas entre eux, jusqu'à l'achèvement de l'ossification, de distinction possible: leur apparence extérieure, leur couleur, leur aspect, quand on les examine au microscope, tout se ressemble; il y a continuité parfaite de l'extrémité articulaire qui ne s'ossifiera pas avec la portion épiphysaire qui doit s'ossifier un jour; or, si à cette époque de la vie l'organisation du cartilage est évidente, pourra-t-il arriver que plus tard cette organisation aura disparu? Je ne saurais l'admettre, car ce n'est pas ainsi

que procède la nature en aucune partie de l'économie animale.

Mais une objection sérieuse est celle-ci : comment se fait-il qu'à la suite des injections les plus fines , la plupart des anatomistes n'aient pu rencontrer de vaisseaux à la surface des cartilages articulaires ? Je réponds à cela que d'abord chez le fœtus j'ai plusieurs fois injecté des vaisseaux sur la portion libre du cartilage des condyles fémoraux ; ces vaisseaux sont très ténus , et il est vrai de dire que je ne les ai pas vus se porter bien loin de la circonférence ; mais il y en a néanmoins , et sans doute un anatomiste plus habile les injectera plus loin. J'ajouterai qu'il suffit d'enlever une couche extrêmement mince de cette portion libre du cartilage pour rencontrer des vaisseaux dans son épaisseur même ; je crois enfin que les vaisseaux des cartilages épiphysaires sont moins nombreux, beaucoup plus ténus dans la portion articulaire que dans le reste de la substance, et qu'à cause de cela l'injection ne les pénètre qu'avec beaucoup de peine. En agissant ainsi , la nature a eu surtout en vue d'empêcher l'ossification de s'y faire complètement. En effet , le tissu cartilagineux des épiphyses est organisé de telle façon que les efforts de la nutrition y amèneront un jour , comme je l'ai déjà dit, le passage successif à l'état osseux ; pour cela il lui faut du sang , des vaisseaux, et il faut que ceux-ci se distribuent surtout là où l'ossification doit avoir lieu. La portion qui restera permanente a donc la même organisation que la portion temporaire ; seulement elle a moins de vaisseaux , elle n'en a que la quantité suffisante à sa nutrition comme cartilage ; et cette quantité est peu considérable, parce que la vie est en général peu active dans cette espèce de tissu. Un plus grand nombre lui eût permis peut-être de s'ossifier, ce qu'il ne fallait pas.

J'aurais pu accumuler d'autres preuves en faveur de la

vitalité des cartilages ; l'anatomie pathologique m'en aurait fourni quelques-unes : mais les limites imposées à ce travail ne m'ont pas permis de le faire. Je rappellerai d'ailleurs que je n'ai pas eu pour but de discuter tout ce qui est relatif à l'étude des cartilages diarthrodiaux ; voilà pourquoi je ne me suis point occupé de leurs connexions avec la synoviale, connexions sur lesquelles les anatomistes sont encore si peu d'accord aujourd'hui.

*Note sur un spina-bifida, communiquée par M. BODARD ,
interne des hôpitaux.*

Le 4 juillet est entrée à la Crèche, une enfant du sexe féminin, âgée de 2 jours, nommée Minerez, jouissant d'une bonne constitution ; elle offrit à notre observation une tumeur située à la partie inférieure de la région dorsale, et que nous reconnûmes pour un spina-bifida aux caractères suivants :

Cette tumeur était grosse comme un œuf de pigeon ; elle était violacée et recouverte à sa surface d'une pseudo-membrane blanchâtre ; elle était assez résistante, on y sentait cependant la fluctuation ; le petit volume de la tumeur nous empêcha d'en rechercher la transparence.

Quand on la comprimait, on ne développait aucun symptôme du côté du cerveau, ni du côté de la moelle ; point de vomissements, de coma, ni de convulsions.

Cette tumeur augmentait peu de volume dans la station verticale, mais elle augmentait sensiblement pendant l'expiration, et surtout lorsque l'enfant venait à crier. Le rectum, la vessie n'étaient point paralysés ; les membres avaient conservé l'intégrité de leur sensibilité et de leur mobilité, comme à l'état normal, quand on explorait avec

les doigts la région inférieure du rachis, on sentait, depuis la fin de la région dorsale jusqu'au coccyx lui-même, une longue fissure dont les bords étaient résistants, donnant passage à la tumeur, et constituée par les lames vertébrales non réunies.

L'enfant se porta parfaitement jusqu'au 10 juillet, il fut pris alors de vomissements et de diarrhée verdâtre. Les symptômes gastriques et intestinaux ne firent qu'augmenter, et il succomba le 16 juillet.

Nous reconnûmes à l'autopsie, un ramollissement gélatiniforme de l'estomac et un ramollissement également intense de la muqueuse intestinale ; ces lésions anatomiques servirent à nous expliquer la mort; du côté du cerveau, rien de notable ne se présenta à notre observation.

Examen de la tumeur. Je fendis la tumeur à la partie postérieure ; il s'en écoula très peu de liquide, et je vis que les membranes rachidiennes avec la moelle elle-même venaient adhérer à la peau. Cette adhérence de la moelle se faisait par une surface très étendue ; mais ce qui me frappa surtout, c'est que la cavité de réception du liquide me parut fermée par la moelle elle-même, que je trouvais encore à la partie antérieure, c'est-à-dire, du côté de la face postérieure du corps des vertèbres : en un mot, il existait là une cavité qui me parut close de toutes parts par des parois médullaires. Du reste, on voyait parfaitement, au niveau de la tumeur même, l'origine des nerfs se faire normalement.

Cette pièce anatomique 1^o est une pièce de conviction en faveur de l'opinion de M. Cruveilhier, qui attribue l'origine, la cause de cette maladie à une primitive adhé-

extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia rence de la moelle et de ses membranes à la peau : elle nous montre que la cavité de réception du liquide peut être primitivement le canal central de la moelle.

2° Elle nous enseigne, au point de vue pratique, comment, en pareil cas, nous devons juger le moyen curatif vanté dernièrement pour le spina bifida, et qui ne consiste en rien moins que l'enlèvement de la tumeur.

Fièvre typhoïde compliquée de delirium tremens et terminée par une fièvre intermittente pernicieuse ; par M. FAURAYTIER.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, fortement constitué, et qui dans ses antécédents n'offre d'autre particularité que l'habitude qu'il avait de prendre journellement en abondance et quelquefois jusqu'à l'ivresse des boissons alcooliques.

Lorsque ce malade entra à Necker, il souffrait depuis douze jours : il avait un air égaré, ses réponses étaient confuses, ses lèvres agitées d'une sorte de tremblement, ainsi que ses mâchoires lorsqu'il voulait parler ; il y avait des soubresauts dans les tendons, l'haleine exhalait une odeur vineuse ; pendant le jour le malade était calme, mais la nuit il parlait un peu. Du reste, prostration extrême, pulvérulence des narines, râles sibilants, fréquence du pouls, chaleur de la peau, taches lenticulaires, gargouillement dans la fosse iliaque et diarrhée ; à cet ensemble de symptômes on diagnostique une fièvre typhoïde compliquée de *delirium tremens*.

M. Beau, suppléant alors M. Delaroque, fit remarquer que dans ce cas il fallait user avec ménagement des pur-

gatifs, et recourir le plus tôt possible à l'emploi des toniques, en conséquence, le premier jour, il administra un émétocathartique, et les jours suivants, pendant un mois environ, il prescrivit des toniques qu'il augmentait ou diminuait selon l'état du malade : pendant ce laps de temps, celui-ci n'offrit rien de remarquable ; la diarrhée persistait ainsi que la fréquence du pouls et la chaleur de la peau ; la prostration était extrême, les dents fuligineuses, des plaques violettes commençaient à exister au sacrum et sur les hanches, prodromes des escharres qui devaient se former bientôt.

M. Delaroque reprit le service au commencement du second mois du séjour du malade à l'hôpital. Il le trouva dans le dernier degré de faiblesse et de gravité : le délire persistait, et déjà il y avait incontinence des urines et des matières fécales ; le pouls était d'une fréquence extrême (140 pulsations.)

Les toniques, suspendus pendant trois jours, furent pendant ce temps remplacés par de légers purgatifs ; puis ils furent repris pour être continués sans interruption. Durant ce second mois de la maladie, des escharres énormes se formèrent au sacrum et sur la hanche gauche : ici il y en avait une large comme la paume de la main, parfaitement ovalaire, à bords taillés à pic, présentant tout-à-fait l'aspect des ulcérations chancreuses vénériennes, et laissant à nu les fibres du grand fessier ; le malade paraissait voué à une mort certaine.

La diarrhée surtout l'épuisait : on administrait du diascordium sans aucun effet.

Cependant le délire avait disparu, et vers la fin de ce second mois, bien que la diarrhée continuât, les forces parurent revenir ; le malade avait appétit : on lui accorda d'abord le 1/4, puis la demi.

Durant les quinze derniers jours, son état s'améliora

au-delà de toute espérance ; les escharres sanieuses et livides se détergèrent, leurs bords affaissés se nivelèrent avec le fond de la plaie, et la cicatrisation commença ; le malade sortit un peu de la prostration extrême, et de l'état de stupeur dans lequel il avait jusqu'alors été plongé ; la langue reprit de l'humidité, le pouls perdit de sa fréquence, mais la diarrhée persistait toujours, et l'opium en pilule, le diascordium en lavement ne pouvaient point la modérer.

Comme je l'ai dit, le malade mangea la demie pendant ces quinze derniers jours, et, sauf la diarrhée, son état était satisfaisant.

Tout à coup, sans cause connue, un changement défavorable se déclara : le matin à la visite, on trouva le malade dans une faiblesse extrême, répondant à peine aux questions qu'on lui adressait, et n'acceptant plus la nourriture qu'il demandait lui-même avec tant de plaisir depuis quinze jours : le lendemain, même état et mort quelques heures après la visite.

On ne savait à quoi attribuer la fin inattendue de ce malade, lorsque la sœur nous apprit qu'il avait eu pendant ces deux derniers jours deux attaques de frissons avec claquement de dents, lesquelles avaient duré chacune dix heures de temps, et s'étaient présentées à la même heure. Cette circonstance a porté M. Delaroque à penser que le malade était mort d'une fièvre intermittente pernicieuse (fièvre algide des anciens, dit-il), et lui a donné beaucoup de regrets de n'avoir point été informé à temps pour pouvoir la combattre.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Rien, absolument rien dans le cerveau, seulement les méninges au niveau des bosses pariétales présentaient un peu plus de rougeur que dans les autres points de leur surface.

Poumons : Parfaitement sains , présentant seulement un peu d'engorgement à leur partie postérieure.

Reins : Volume normal, mais consistance extrêmement augmentée; ils sont très durs, de couleur azurée, et se déchirent si facilement, malgré leur grande dureté, que faisant une petite incision sur leur convexité, on peut les partager en deux moitiés en enfonçant le doigt dans cette incision.

Intestin grêle : Couleur extérieure ardoisée de distance en distance, à l'intérieur, plusieurs ulcérations dont la plupart cicatrisées. Au voisinage de la valvule iléo-cœcale la surface de la muqueuse est noirâtre et couverte de larges cicatrices. Celles-ci sont au nombre de sept à huit, de la largeur d'une pièce de vingt sous ; les bords sont affaissés et adhérents à la musculouse ; le fond de la cicatrice est blanchâtre, et présente des stries transversales qui sont manifestement les fibres circulaires de la tunique musculouse laissée à nu, deux de ces anciennes ulcérations ne sont pas complètement cicatrisées; car les bords de la muqueuse restent encore taillés à pic et un peu décollés. En remontant dans l'intestin grêle, on voit çà et là des points brunâtres de la grosseur d'un grain de blé soulevant la muqueuse, d'autres saillants à sa surface et qui paraissent être des follicules isolés et malades. On aperçoit aussi trois ulcérations isolées, situées à plusieurs pouces de distance les unes des autres, et qui n'ont respecté que la séreuse; leurs bords sont ardoisés, légèrement frangés, et taillés un peu obliquement, de manière que l'ulcération présente un cône dont le sommet est du côté de la séreuse et la base du côté de la muqueuse ; ces ulcérations ne sont point cicatrisées ; la séreuse qui forme leur fond est extrêmement friable au point qu'une légère traction suffit pour la rompre.

Gros intestin. La face cœcale de la valvule iléo-cœcale est

saine, mais immédiatement au-dessous d'elle et dans toute l'étendue du colon ascendant et transverse, la muqueuse est épaissie, irrégulièrement et fortement injectée, couverte d'ulcérations; celles-ci n'attaquent que la muqueuse, les unes sont rondes, les autres triangulaires et comparables à la plaie d'une piqûre de sangsue.

Ganglions mésentériques, tuméfiés, noirâtres, nullement suppurés.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI. ANNÉE.

BULLETIN N° 10. — Décembre 1841.

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Testicules dans l'abdomen.* — 2. *Cancer du rein et à la surface du cœur.* — 3. *Abcès du dos communiquant avec une caverne du poumon droit.* — 4. *Fausse membrane considérable dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale.* — *Perforation de la cavité cotyloïde à la suite d'une coxalgie.* — 6. *Placenta hydatique.* — 7. *Cancer du foie.* — 8. *Gangrène intestinale et péricardite.*

1. M. Conte présente une pièce sur laquelle les deux testicules sont placés dans l'abdomen à peu près au niveau de l'orifice supérieur de chaque canal inguinal; une poche péritonéale, sorte de sac, parcourt le trajet du canal inguinal, pour venir doubler le scrotum. Les deux cordons spermatiques, suivant d'abord leur trajet habituel jusqu'au-delà de l'anneau, reviennent ensuite de bas en haut, et traversent de nouveau le canal inguinal pour arriver au testicule. Le sujet avait environ quarante ans, et paraissait du reste assez vigoureusement développé; mais comme la pièce a été recueillie sur un cadavre destiné

aux dissections, M. Conte ne peut savoir si cette disposition est congénitale ou accidentelle.

M. Demeaux fait remarquer à cet égard, que l'existence des deux poches péritonéales et le trajet singulier du cordon doivent faire penser qu'il y a eu chez ce sujet, de chaque côté, une hernie congénitale, qui a été réduite et maintenue réduite en même temps que le testicule; celui-ci alors a contracté des adhérences qui l'ont empêché de redescendre.

2. M. Amb, Tardieu met sous les yeux de la Société plusieurs cancers trouvés à l'autopsie d'une femme de 69 ans, qui est morte dans le service de M. Rayer. Elle avait présenté dans le flanc droit, une tumeur que l'on avait reconnue bien distincte du foie, et regardée comme appartenant au rein, bien qu'il n'y eût aucune altération du côté des urines. Elle est venue à l'hôpital avec une grande gêne de la respiration, et est bientôt morte asphyxiée. On a trouvé qu'en effet le rein droit présentait une énorme quantité de tumeurs encéphaloïdes, occupant les unes la superficie, les autres le centre même de l'organe. Le rein gauche, le foie, les poumons, sont farcis de tumeurs de même nature. Enfin on en voit une à la surface du cœur, sur la paroi antérieure du ventricule gauche.

3. M. Milcent raconte qu'un jeune homme, reçu dernièrement à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Cruveilhier, présentait tous les signes d'une caverne au sommet du poumon droit. De plus, il portait à la partie moyenne et supérieure du dos, une tumeur fluctuante, sur laquelle l'oreille appliquée entendait un bruit de gargouillement des plus tranchés. Elle communiquait avec une autre placée sur la partie latérale droite du cou. A l'autopsie on a trouvé à droite et en arrière du rachis, au-dessus de la partie moyenne de sa région dorsale, un kyste rempli de matière tuberculeuse ramollie. Le poumon droit, outre plusieurs petites cavernes, en présente à son sommet une très-considérable, remplie également de matière tuberculeuse en bouillie; cette caverne communique largement avec une poche placée au-devant des vertèbres dorsales, et celle-ci communique elle-même avec le kyste du dos, au niveau de la partie postérieure des premier et deuxième espaces intercostaux. Il n'y a pas de communication avec le pharynx et l'œsophage. On a cru voir cependant une cicatrice dans le premier de ces organes. Il faut noter d'ailleurs que le malade à une époque éloignée, avait rendu par la bouche une assez grande quantité de matière purulente.

4. M. Legendre présente le cerveau d'un enfant de deux ans, qui

avait eu, il y a neuf mois, une affection cérébrale mal caractérisée d'après le rapport des parents: Entré depuis un mois à l'hôpital des enfants, il avait la tête volumineuse, le front proéminent, les pupilles dilatées et un strabisme convergent des deux yeux. Il frappait souvent sa tête avec les poings; du reste, l'intelligence paraissait conservée; il n'y avait pas de paralysie. Il ne marchait pas encore; mais il pouvait se soutenir un peu sur ses membres inférieurs; il est mort d'une pneumonie lobulaire du poumon droit.

On a trouvé à l'intérieur du crâne une fausse membrane tapissant, d'une part, toute la surface extérieure du cerveau, et de l'autre, toute la surface interne de la dure-mère. En enlevant cette membrane anormale, on a constaté bien distinctement l'existence de l'arachnoïde pariétale, au-dessous de son feuillet externe, et celle de l'arachnoïde viscérale, au-dessous de son feuillet interne; la pseudo-membrane formait donc en quelque sorte à l'intérieur de l'arachnoïde normale, une seconde arachnoïde, dans la cavité de laquelle étaient contenus environ 300 grammes de sérosité sanguinolente, mélangée à quelques caillots sanguins.

5. M. E. Cloquet fait voir un exemple de perforation de la cavité cotyloïde consécutive à une coxalgie et trouvée sur un enfant. La tête du fémur cependant n'était point passée dans le bassin, la partie osseuse ayant été remplacée par une cloison fibreuse extrêmement épaisse et solide. On avait constaté pendant la vie des abcès fistuleux à la région fessière et un raccourcissement du membre de plus d'un pouce, qui était dû sans doute à la perte de substance éprouvée par cette cavité cotyloïde, la tête du fémur d'ailleurs étant usée et réduite à un volume peu considérable.

6. M. Piedagnel raconte qu'une femme enceinte de trois mois, rendit tout-à-coup, il y a quelques jours, un corps particulier, qui n'est autre chose qu'un placenta rempli d'hydatides. Il y a au centre une cavité qui ne contient rien, pas même de liquide, et qui, du reste, est fermée de toutes parts. On aperçoit à la surface un grand nombre de vésicules plus ou moins volumineuses; en quelques endroits on trouve la substance du placenta intacte; du reste, il n'y avait aucune trace de fœtus.

7. M. Pigné met sous les yeux de la société une tranche d'un foie qui était rempli de tumeurs encéphaloïdes. Ces tumeurs de volume variable, sont séparées les unes des autres par la substance glanduleuse restée saine, en sorte que M. Pigné pense que la dégénérescence s'est développée entre les granulations, et les a écartées plutôt que

d'envahir celles-ci primitivement. Chacune des tumeurs était ramollie à son centre et creusée d'une cavité qui contenait un liquide citrin, résultat de ce ramollissement.

8. M. *Lambon* raconte qu'une femme de 49 ans entra à la Pitié avec les symptômes d'une pericardite aiguë. Plus tard, elle fut prise de douleurs abdominales extrêmement vives, que l'on combattit par les sangsues et les émollients; puis il survint un affaissement général, de la diarrhée accompagnée de l'éjection de quelques fausses membranes. A l'autopsie on a trouvé une adhérence des deux feuillets de la séreuse péricardique en plusieurs points, et dans l'intérieur du cœur, un caillot qui occupe l'oreillette droite, le ventricule correspondant et l'artère pulmonaire; ce caillot adhère au fond de l'auricule et sur la valvule mitrale.

De plus, l'intestin grêle est parsemé de plaques gangréneuses en grand nombre, qui occupent surtout la partie correspondante à son bord libre. Dans les points intermédiaires, la muqueuse est gonflée et hypertrophiée; il s'agit donc d'une entérite simple, terminée par gangrène.

Ont été nommés, dans le dernier trimestre, membre adjoints de la Société :

MM. FROMENT,
RAYMOND,
TENAIN,
MILCENT.

Mal vertébral de Pott, tubercules infiltrés des corps vertébraux, par M. BAILLY, interne des hôpitaux.

Seizariat, âgé de 48 ans, concierge, d'un tempérament bilioso-nerveux, malgré les fatigues de l'état militaire, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une jaunisse légère à l'âge de 26 ans. — Il y a 18 mois, habitant une maison neuve et très-humide, il contracta une bronchite aiguë qui le retint deux mois au lit ; on lui fit plusieurs applications de vésicatoires. Il se rétablit lentement, conservant une toux sèche et des douleurs vagues dans le thorax, qui, de plus en plus vives, se firent sentir dans les membres supérieurs. — Sur la fin de juillet, les mouvements des membres inférieurs devinrent difficiles, embarrassés, il marchait comme un homme ivre, les pieds se refroidissaient aisément. Ces symptômes de paralysie faisant peu à peu des progrès, l'émission des urines devenant impossible sans le secours de la sonde, le malade se décida à entrer, le 9 septembre 1841, à l'hospice Saint-Antoine (salle Saint-Antoine, n° 55).

A cette époque, la paralysie des membres inférieurs et de la vessie était complète, tant sous le rapport de la sensibilité, que sous celui du mouvement. Le cou était raide et sa flexion déterminait quelque douleur; les mains étaient engourdies et sans force. Il n'y avait pas de douleurs dans le dos ni dans les reins ; seulement le malade éprouvait la sensation d'une ceinture qui lui aurait étreint le ventre. Au reste, les fonctions digestives étaient normales ; il n'y avait pas de céphalalgie, la toux avait cessé ou du moins était devenue rare, pas de dyspnée, jamais d'hémoptysie ; il n'y avait ni fièvre, ni sueurs. — Jusqu'au 5 octobre, époque à laquelle je vis le malade, quatre vésicatoires ont été successivement appliqués dans la région dorso-lom-

baire; on a administré plusieurs fois des pilules de croton tiglium, qui ont produit des selles abondantes; depuis le 25^e septembre elles ont été remplacées par cinq cent. de tartre stibié dans un pot d'orge et d'arnica miellé; l'effet purgatif s'est continué avec un peu moins d'intensité. Il s'est formé au sacrum une plaie suppurante de la largeur de la main: depuis quelques jours il s'en est formé deux autres aux talons. Les mouvements du cou sont devenus plus libres, quoiqu'un peu douloureux. Il n'y a plus de douleurs dans le thorax, ni dans les bras, mais il en existe de plus vives dans les épaules. Il n'y a plus de toux, pas de dyspnée; à la percussion on trouve de la matité sous la clavicule droite, tandis qu'à gauche la sonorité est normale; il en est de même en arrière excepté dans les fosses sus et sous-épineuses où on retrouve la matité qui existe en avant du même côté. — A l'auscultation, respiration râpeuse avec bruit d'expiration prolongée et quelques râles sibilants dans la région sous-claviculaire droite; à gauche elle est normale, ainsi qu'en arrière où elle s'entend faiblement. Les bruits du cœur sont éclatants et retentissent dans tout le thorax; il y a un léger bruit de souffle au premier temps. La colonne vertébrale nous offre une disposition régulière. La pression successive sur toutes les apophyses épineuses ne détermine qu'une douleur légère dans la région cervicale. La région lombaire offre un empatement remarquable qui paraît dû à de l'infiltration séreuse dont on se rend parfaitement compte par le décubitus habituel sur le dos. Les jambes sont devenues douloureuses, surtout quand on leur imprime quelque mouvement. La sensibilité y est inégalement distribuée; manquant complètement en certaines parties, elle est obtuse en d'autres et plus développée en d'autres points. La paralysie du mouvement est complète; ces membres inférieurs sont légèrement infiltrés, la peau est sèche, et l'épiderme s'enlève par plaques: on laisse dans la vessie une sonde à demeure que l'on renouvelle tous les

huit ou dix jours. Le malade n'a point d'appétit, quoique les digestions soient faciles et régulières. Les selles sont abondantes, il n'y a pas de mouvement fébrile, le malade maigrit.

Le 8 octobre les douleurs sont devenues très-vives dans les membres inférieurs, l'œdème y a augmenté, l'ulcère du sacrum s'étend, l'appétit est nul. On suspend le tartre stibié, on prescrit 0,025 gram. de poudre de noix vomique en augmentant de la même dose tous les deux jours jusqu'à 0,10 gram.; la plaie est pansée avec la poudre de quinquina, de myrrhe et de camphre. Le cou est raide, et orsque le malade est obligé de le fléchir: il accuse de vives douleurs; les mouvements des membres supérieurs sont parfaitement libres, les fonctions respiratoires conservent leur intégrité.

Le 21 octobre l'état est toujours le même; seulement il y a plus de faiblesse et de maigreur; la plaie du sacrum s'est encore étendue; aucun mouvement fébrile, la figure a son expression habituelle de contentement et de douceur dans l'immobilité que le malade garde d'ordinaire il n'accuse aucune douleur; mais lorsqu'on vient à imprimer des mouvements aux jambes, alors il se plaint vivement; il se sert de ses bras pour faciliter ces mouvements.

La présence de la sonde a déterminé une uréthrite et une cystite qui donnent lieu à des douleurs dans le bas-ventre, à de l'écoulement blanc et à des urines troubles, laissant un dépôt mucoso-purulent; on retire la sonde et le malade peut uriner spontanément. Il y a un peu de constipation que l'on combat avec des lavements.—Presc. org. arnica mûel. poudre de noix vomique 0,10 julep avec 4 grammes d'extrait de quinquina, 16 grammes de sirop d'écorce d'oranger, 125 grammes de vin de Bagnole, poudre de quinq. myrrhe et camphre; potage, quart d'aliments.

Le 24 octobre il survient un hoquet qui fatigue beaucoup le malade et persiste jusqu'au 26. L'ulcère du sacrum mesuré a 18 centim. de large sur 27 de long. Les surfaces osseuses et ligamenteuses du sacrum sont à nu, la maigreur devient extrême. Enfin le 1^{er} novem. la mort arriva sans phénomènes particuliers, sans fièvre, avec calme et parfaite intégrité des fonctions intellectuelles.

Autopsie 36 heures après la mort. — Crâne. Les différentes parties de l'encéphale ne nous présentent rien de particulier à noter, leurs vaisseaux contiennent peu de sang, de sorte que l'aspect général est pâle.

Thorax. Le poumon droit est adhérent en plusieurs points à la plèvre costale, mais surtout au sommet où on ne peut le détacher sans laisser à cette dernière une masse de matière tuberculeuse, qui est infiltrée en grande abondance dans la partie correspondante du poumon. Cette substance grisâtre et molle, en tout semblable à celle que l'on rencontre dans les loupes du cuir chevelu, connue sous le nom d'athérome, se présente sous forme de noyaux de grosseur variable. On ne retrouve nulle part de cavernes, le parenchyme pulmonaire condensé, noirâtre, paraît sain d'ailleurs. Le poumon gauche ne présente aucune trace de ces altérations, le cœur a son volume normal, il est flasque, pâle et on remarque à sa surface quelques-uns de ces épaississements appelés plaques laiteuses; l'intérieur n'offre rien de particulier.

Abdomen. On observe sous le péritoine une assez grande quantité de tubercules blancs du volume d'un grain de millet. C'est principalement sous le péritoine qui recouvre les viscères qu'ils sont disséminés plus abondamment : ainsi au niveau des reins, sur les intestins, le foie, la rate, etc. La muqueuse intestinale est pâle et présente dans la partie inférieure de l'iléon quelques ulcérations peu larges et peu profondes. On observe en outre dans cette par-

tie du tube digestif, une disposition fort singulière, dont le mode d'origine nous paraît difficile à concevoir. Sur un des côtés de cette partie de l'intestin grêle, existe une sorte de diverticulum en forme de doigt de gant, parfaitement semblable à l'appendice cœcal, formé de toutes les tuniques de l'intestin de la longueur de 8 centimètres, se terminant par une sorte d'ampoule au centre de laquelle se trouve un petit corps mou, noir, dont nous ne pouvons préciser la nature. Cette extrémité renflée de l'appendice adhère à la base du mésentère qui soutient une circonvolution voisine. De ce point d'adhérence part un petit cordon blanc fibreux, qui va s'attacher au côté opposé du mésentère en embrassant l'intestin dans une anse.

Plusieurs ganglions mésentériques sont rouges, volumineux, enflammés; la vessie a ses parois très-épaissies: sa cavité est petite, remplie d'une bouillie purulente, la muqueuse chagrinée, noirâtre en certains points, rouge et ramollie en d'autres, très épaisse partout et profondément crevascée. Les autres viscères abdominaux, tels que le foie, la rate, les reins, etc., ne présentent rien de particulier.

Rachis. En incisant les muscles de la région cervicale postérieure, on ouvre un vaste foyer purulent renfermant près d'un verre de pus, et qui, s'étendant sous le trapèze, arrive jusqu'à l'extrémité externe de la clavicule droite. En avant, derrière le pharynx, existe une poche dans la composition de laquelle entrent les muscles prévertébraux amincis, altérés; cette poche qui occupe en hauteur toute l'étendue de la région cervicale, s'étend latéralement jusqu'aux apophyses transverses et là communique avec les foyers de la région postérieure. Les nerfs qui vont former le plexus brachial traversent ces parties enflammées, leur névritisme est rouge et quelques-uns sont baignés par le pus.

En ouvrant le canal rachidien par la partie postérieure on observe, au-dessous du renflement brachial de la moëlle,

une exsudation blanche assez épaisse en forme de membrane, plus large à droite et qui enveloppe en y adhérant faiblement la dure-mère rachidienne ; plus bas dans le rachis, on trouve d'autres exsudations jaunes gélatiniformes. La dure-mère étant incisée dans toute son étendue, la substance de la moëlle nous paraît partout normale, tant sous le rapport de sa couleur, que sous celui de sa consistance. Cet organe étant enlevé de manière à mettre à découvert le ligament vertébral postérieur, on remarque qu'à partir de la cinquième cervicale, jusqu'au bas de la première dorsale, il est soulevé par une matière blanche (tuberculeuse ou pus concrète); un liseré rouge circonscrit nettement les parties où s'arrête l'altération. Détachant ce ligament dans toute son étendue et mettant à nu la face postérieure des corps vertébraux, on voit que celle des sixième et septième cervicales et de la première dorsale est blanche, dépourvue de périoste, immédiatement en contact avec le pus qui se trouve au-devant d'elles ; les disques intervertébraux qui les séparent, surtout celui de la septième cervicale et de la première dorsale sont plus minces, ramollis. La face antérieure de ces corps vertébraux présente le même aspect lorsqu'on a enlevé la poche que nous avons décrite et qui les recouvre.

• Si maintenant on scie par le milieu le corps des vertèbres, on est frappé de la facilité avec laquelle l'instrument parcourt toute la région dorsale; mais arrivé à la première vertèbre de cette région, il marche de plus en plus lentement, comme s'il agissait sur une substance très-dure ; la sciure, de rouge qu'elle était d'abord, devient blanche et sèche.

Cette section permet d'apprécier parfaitement la nature de l'altération osséuse. Les cellules du tissu spongieux des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales renferment une matière blanche, molle, qui les remplit plus ou moins complètement ; l'aspect de la surface est d'un

rose grisâtre, marbré. Ces marbrures sont constituées par des points d'un blanc sale (matières tuberculeuses), reposant sur un fond rouge (parois des cellules). C'est au centre de la vertèbre, surtout dans les larges cellules qu'est déposée la matière tuberculeuse. Cette altération du tissu osseux nous paraît être un fort bel exemple de cet état d'infiltration tuberculeuse décrit par M. Nelaton, sous le nom d'infiltration demi-transparente.

La sixième cervicale est d'un blanc jaune, extrêmement dure, les cellules y sont très-petites comme si les parois en s'épaississant s'étaient rapprochées (hypertrophie interstitielle), l'aspect est presque celui du tissu compact. Ces caractères sont mieux prononcés encore dans la septième, qui a évidemment diminué de hauteur. Le disque intervertébral qui les sépare est détruit, leurs surfaces frottent l'une contre l'autre au milieu de la suppuration, ces surfaces sont poreuses, rudes, inégalement usées, recouvertes d'une bouillie dans laquelle on ne retrouve pas de sable osseux. A la partie antérieure et inférieure de cette septième vertèbre, on remarque une partie contrastant par sa vascularité et sa coloration rouge, avec le reste du tissu, qui, comme nous l'avons dit, est blanc; dans cette portion cependant, qui n'est pas nettement circonscrite, on n'observe pas les larges cellules du tissu normal, la texture est la même que dans le reste de la vertèbre, la couleur seule diffère.

Le cartilage interarticulaire, placé entre la septième cervicale et la première dorsale existe encore, mais il est détaché de la première, excepté dans la partie rouge dont nous venons de parler, tandis qu'il adhère presque partout à la deuxième. Cette dernière, première dorsale, présente les altérations que nous avons décrites dans les troisième, quatrième et cinquième cervicales, mais plus prononcées; il en est de même de la deuxième dorsale, à partir

de celle-ci, tous les autres corps vertébraux offrent la structure de l'état normal.

On peut voir que les caractères présentés par la sixième et septième cervicales, sont tout-à-fait ceux que M. Nela-ton donne au deuxième état du tubercule infiltré et qu'il a décrit sous le nom d'infiltration puriforme.

Cette observation nous paraît intéressante sous quelques rapports.

Et d'abord, nous voyons la diathèse tuberculeuse se prononcer dans des conditions ordinairement contraires à son développement.

Ainsi, notre malade était âgé de 48 ans et n'avait aucun antécédent qui pût faire supposer la préexistence de l'affection ; il était d'un tempérament bilioso-nerveux très-tranché et n'avait aucun de ces caractères généraux assignés aux individus affectés de tubercules. Nous sommes portés à penser que l'habitation dans un lieu humide, sombre, malsain, est la cause sous l'influence de laquelle le sang s'est altéré de manière à déterminer cette déposition simultanée de matière tuberculeuse dans le poumon et les vertèbres.

Sous le rapport des symptômes, il est à remarquer combien il faut apporter de soin dans l'examen de la colonne vertébrale chez les paraplégiques. Car nous avons vu tout ce que les signes locaux avaient de léger et d'incertain, en comparaison de la gravité des désordres anatomiques.

Si d'un côté un peu de matière tuberculeuse déposée sur l'enveloppe spinale et qui ne devait pas beaucoup comprimer l'organe, puisqu'elle pouvait s'étendre en d'autres sens où rien n'arrêtait son développement ; si cette matière, disons-nous, a suffi pour produire la paralysie des membres inférieurs, d'un autre côté, ne devons nous pas nous étonner que les nerfs du plexus brachial, dont le névrilème était enflammé et dont plusieurs étaient baignés par le pus, n'aient pas déterminé de symp-

tômes plus graves dans les parties auxquelles ils se rendent.

Nous devons aussi faire observer ce fait, connu d'ailleurs, que l'inflammation d'un organe peut y rappeler les fonctions de sensibilité et de contractilité lorsqu'elles y sont abolies. N'est-ce pas sur ce fait qu'est fondée l'efficacité des vésicatoires pour guérir certaines paralysies de vessie ?

Enfin, sous le rapport de l'anatomie pathologique, nous trouvons réunis sur la même pièce les deux états bien tranchés sous lesquels se présente le tubercule infiltré ; ce qui nous porterait à penser qu'ils n'ont pas entr'eux de différence essentielle de nature, mais seulement de degré, l'infiltration demi-transparente précédant la puriforme. Dans tous les cas, on peut vérifier l'exactitude des descriptions faites par M. Nélaton et réfuter aisément l'opinion peu partagée des auteurs qui ne veulent pas admettre la nature tuberculeuse de l'altération ; puisqu'ici nous voyons cette dernière survenir manifestement sous l'influence de cette diathèse, qui fait suer partout la matière tuberculeuse dans le poumon et à la surface de tous les organes abdominaux (1).

(1) Nous ne saurions trop appeler l'attention sur cette observation de M. Bailly ; on n'a pas très souvent l'occasion d'observer dans le mal de Pott la paralysie sans gibbosité. Ici la paralysie a reconnu pour cause une compression de la moëlle par une production tuberculeuse de ses enveloppes. On sait que dans quelques affections de cette espèce, il n'est pas facile de constater positivement l'origine de cette paralysie.

(Note du secrétaire).

*Syphilis constitutionnelle.**Par M. DELINEAU.*

Le nommé Hodeant, Jean-Charles, âgé de 59 ans, né à Brunel, (Eure-et-Loire) ancien soldat de l'empire, contracta, en Espagne, pendant les premières campagnes, une maladie vénérienne, consistant en des chancres à la verge et un écoulement. Il fut traité dans une ambulance à la suite de l'armée. La nature du traitement qu'il subit ne nous est pas suffisamment connue. Le malade se borne à dire qu'il prit chaque jour une petite bouteille contenant un liquide blanc. Il déclare que les médicaments qu'on lui a donnés ne l'ont jamais fait saliver.

Il fut guéri de ses chancres et de son écoulement ; mais il conserva pendant longtemps de la faiblesse.

Après avoir été libéré du service, il se maria, et eut deux fils. L'un d'eux a dix-huit ans, et l'autre quinze. Ils se sont toujours bien portés d'après son dire.

Il y a sept ans, il entra à l'hôpital de Chartres, pour une maladie qu'il qualifie, en disant qu'il ne pouvait se servir de ses jambes, ni de ses bras, *parce qu'ils étaient raides*. Il portait en même temps des syphilides sur les bras ; mais *moins nombreuses qu'à son entrée à la Charité*.

Pendant qu'il était à cet hôpital, il reçut d'un infirmier, avec lequel il eut une querelle, un coup de gamelle sur le front. Il s'y forma une plaie, qui s'agrandit peu à peu, et mit à nu l'os frontal. Quelque temps après cet accident, il quitta l'hôpital, et fut soigné dans sa famille ; puis chez une dame qui le reçut par charité. Partout il était un objet d'horreur. Enfin M. Craveilhier l'admit dans son service.

A son entrée à la Charité, le 10 juillet 1841, ce malade présente l'état suivant :

Les membres inférieurs sont dans une raideur tellement prononcée, qu'il ne peut leur faire produire aucun mouve-

ment. Ils sont placés dans la demi-flexion, et il est impossible de les étendre ni d'augmenter cette flexion. La jambe gauche est un peu plus fléchie que la droite; mais, par contre, la cuisse droite se trouve portée dans l'adduction et la rotation en dedans, par la rétraction prédominante du droit interne et des muscles adducteurs. Avec de grands efforts, le malade se tourne dans son lit; mais les membres inférieurs conservent la même position l'un par rapport à l'autre.

Les pieds présentent des difformités que je vais m'efforcer de décrire. Du côté droit, pied-bot équin-varus, les orteils fléchis sur le dos du pied et courbés en faucille; la courbure regarde en avant. Du côté gauche, pied-bot équin, le gros orteil fléchi sur le dos du pied, en arrière et en dehors; les petits orteils comme du côté droit. Les muscles des deux membres sont fortement rétractés. Leurs tendons font saillie sous les téguments.

La sensibilité est intacte.

Le malade déclare que cet état date de quelque temps avant son entrée à l'hôpital de Chartres; qu'il n'a jamais souffert dans les membres, ni éprouvé de secousse; que ses jambes sont devenues raides peu à peu, puis qu'il a fini par ne plus pouvoir s'en servir, qu'ensuite les pieds sont devenus dans l'état où ils sont. Les mouvements étaient aussi difficiles dans les bras, mais moins qu'aux jambes. Aujourd'hui, il peut assez facilement s'en servir.

Il porte à la tête, à partir de l'arcade sourcilière, un large ulcère, à bords déchiquetés, irrégulièrement circulaire, de douze centimètres de diamètre environ. Dans toute cette étendue, l'os frontal est nécrosé; la peau et les parties sous-jacentes ont entièrement disparu; le sequestre est immobile; en frappant dessus avec un corps dur, le malade ne ressent aucune douleur, mais il dit y avoir beaucoup souffert autrefois. Il existe à la limite supérieure droite et gauche de la nécrose de petits trous ou enfoncements, d'où s'écoule un

liquide écumeux, puriforme, très-fétide. M. Cruveilhier nous fit remarquer que plusieurs de ces trous communiquaient avec l'intérieur du crâne, et étaient propres à démontrer les doubles mouvements du cerveau. En effet, en examinant avec attention on voit, dans le liquide qui les remplit, d'abord, de petits soulèvements isochrones aux pulsations artérielles; puis des mouvements plus considérables, qui correspondent aux mouvements respiratoires, et qui déversent le trop-plein du pus. Si l'on fait tousser le malade, ou si on lui dit de faire des efforts pour souffler, en fermant le nez et la bouche, on voit sortir par ces trous des bulles successives grosses comme des pois, mais qui cessent de paraître après quelques efforts. Pendant le relâchement on voit l'air rentrer pour sortir de nouveau. Il n'y a rien de particulier sur le reste de la tête, des cheveux existent sur tous les points, quoique moins nombreux sur le sommet.

Les dents sont toutes cariées, plusieurs manquent.

On n'aperçoit rien de particulier à l'ouverture de la bouche.

Les bras et les épaules présentent des syphilides dont la nature n'est pas bien caractérisée. Sur le dos de la main et les avant-bras, principalement à la partie externe, on voit de nombreuses cicatrices rouges *cuirrées*. Ces cicatrices, de la grandeur d'un centime environ, sont tantôt isolées, tantôt confluentes. A la partie inférieure des bras et aux coudes, ce sont des croûtes, d'un gris jaunâtre, de même grandeur, et épaisses d'un à trois millimètres. Celles qui sont sèches, sont friables. A la partie supérieure des bras et aux épaules, elles sont confluentes; sur le plus grand nombre l'épiderme est enlevé et le derme d'un rouge foncé est couvert de sanie. Cette sanie très-fétide qui s'en écoule, forme avec la charpie et les linges qui couvrent les bras du malade, un magma, qui empêche de reconnaître la forme primitive de ces syphilides.

Le méat urinaire présente un suintement humide; là et

au frein, paraissent avoir existé des chancres, qui ont détruit la plus grande partie du gland. Celui-ci est réduit, tout au plus, au tiers de son volume ordinaire; ce qui rendrait assez croyable au premier abord le récit fait par le malade, récit dont nous allons parler bientôt. Son état général est peu satisfaisant. Il est maigre; la peau est terne, ridée, assez malpropre; ce qui fait paraître le malade plus âgé qu'il ne l'est réellement. Les digestions sont difficiles; il a souvent la diarrhée. La poitrine paraît en assez bon état. La parole est un peu embarrassée.

Il jouit de toute son intelligence, et cherche même à cacher l'origine de sa maladie. Il n'a jamais eu, dit-il, qu'une *petite échauffaison*, et pour expliquer l'état du gland, il dit avoir reçu, en Espagne, une balle dans la verge. Ce ne fut que le troisième jour de son arrivée, qu'il avoua avoir eu des chancres à cette époque. Mais il nia avoir jamais contracté depuis aucune nouvelle maladie vénérienne.

M. Cruveilhier nous présente ce sujet comme un exemple de syphilis constitutionnelle ayant ces caractères graves que l'on voit rarement aujourd'hui, mais qu'on avait souvent l'occasion d'observer avant la découverte de l'action du mercure; il espère que si les voies digestives ne sont pas trop malades, ce médicament pourra avoir d'heureux résultats. Malheureusement l'état cachectique trop avancé n'a pas permis de justifier cette espérance. Le malade fut mis au traitement mercuriel. Liqueur de Vanswieten et salsepareille à l'intérieur. Pansement des ulcères avec l'onguent napolitain.

L'action du mercure fut d'une promptitude remarquable; dès le lendemain, un peu de mouvement se manifesta dans les membres. Les syphilides disparurent à vue d'œil; et il ne s'en forma pas de nouvelles. Lorsqu'on cessa le traitement, il n'en existait que quelques-unes, qui avaient été plus ulcérées que les autres; on espérait une prompte guérison, lorsqu'une salivation mercurielle sur-

vint après trois jours de traitement. M. Cruveilhier changea alors le mode d'administration du mercure. Il donna les bains de sublimé et un gargarisme astringent, qui furent un peu mieux supportés.

En peu de jours, les trous du frontal se fermèrent les uns après les autres ; une cicatrice se forma au cuir chevelu, entourant la nécrose ; celle-ci parut se limiter, et le sequestre près de se détacher. Mais une diarrhée violente s'empara de notre malade, après seulement quinze jours du nouveau traitement ; il fallut donc le suspendre. On donna la décoction blanche de Sydenham, l'eau de riz et les lavements laudanisés. L'état cachectique augmentant de plus en plus, on y joignit les toniques les plus énergiques : la décoction de quinquina, le sirop anti-scorbutique, le vin de Bagnols, etc. Il y eut un peu d'amélioration ; la diarrhée cessa et l'on crut devoir reprendre le traitement mercuriel : ce ne fut que pour deux jours ; la diarrhée revint et il fallut recourir aux toniques. Malgré cela, le malade s'affaiblit de jour en jour, jusqu'au moment de sa mort qui eut lieu le quinze septembre.

Deux jours avant, un œdème s'était montré aux jambes et avait causé beaucoup de souffrance. Jusque-là, le malade ne s'était jamais plaint de douleur dans aucune partie du corps. Son intelligence s'est toujours conservée intacte ; et la veille, il rendait encore compte de son état.

AUTOPSIE.

La calotte crânienne a été enlevée par un trait de scie circulaire au niveau du rebord orbitaire ; puis elle a été sciée suivant la suture sagittale. Elle est considérablement augmentée d'épaisseur surtout au sommet. Cette épaisseur est de huit à dix millimètres, près de la suture sus-nommée. C'est surtout la table interne des os, qui est le siège de cette hypertrophie. Elle semble avoir changé de nature ou être remplacée par une couche de nouvelle formation très-

dure, parsemée de nombreux vaisseaux sanguins. Le diploé a entièrement disparu. Les sinus frontaux sont très-petits. L'épaisseur de la voûte du crâne a beaucoup diminué la capacité de celui-ci, la forme n'est pas symétrique ; la moitié droite est plus petite que la gauche, et est portée un peu en avant. Les os de la base du crâne ne participent pas à cette altération ni à ce défaut de symétrie.

L'os frontal est nécrosé dans la plus grande partie de son étendue. La nécrose a presque autant d'épaisseur que les os voisins. Sa face interne est rugueuse, et en partie détruite par la suppuration. Elle tient en plusieurs points de sa circonférence avec l'os sain. La dure-mère n'est point adhérente à l'os nécrosé, au-dessous duquel elle présente une coloration noire ; elle est augmentée d'épaisseur, se laisse facilement déchirer, et on voit entre elle et la paroi osseuse du crâne un espace vide, qui n'est autre chose qu'une ancienne poche dans laquelle était collecté le pus ; avant qu'il pût être évacué à travers les ouvertures du frontal. Au-dessous, le cerveau, dans ses deux lobes antérieurs, est altéré jusqu'à une profondeur de sept à huit millimètres. Il est ramolli, pulpeux, noir à sa surface. La pie-mère et l'arachnoïde intimement adhérentes à la dure-mère dans le point indiqué plus haut, s'enlevaient à l'autopsie avec cette dernière. Autour de ces parties altérées il n'y a aucune trace d'inflammation. Le reste du cerveau et des méninges examiné avec soin nous a paru sain. Il existe au voile du palais, une cicatrice de la grandeur d'un centime, s'étendant au pilier postérieur droit, qui semble tiraillé. L'altération, dont elle est la suite, ne nous paraît avoir attaqué que la membrane muqueuse.

Le nez et les fosses nasales n'ont présenté aucune altération.

La plèvre pulmonaire adhère intimement à la plèvre costale dans toute son étendue et des deux côtés de la poitrine. Il n'y a pas de liquide épanché. Les deux poumons sont parfaitement sains.

L'estomac contient un liquide brunâtre et sa muqueuse paraît saine.

Le gros intestin, examiné avec soin, a présenté de la rougeur en différents points, et de petites taches noires isolées. Ces taches noires sont un peu plus grandes à la fin de l'intestin grêle. Celui-ci était sain dans le reste de son étendue.

Rien de particulier dans le cœur.

Deux caillots sanguins oblitèrent en partie l'aorte, l'un à la hauteur de la douzième vertèbre dorsale et l'autre un peu au-dessous de sa crosse. Accolés à la tunique interne de l'artère sur l'un des côtés de sa circonférence, ils lui adhèrent intimement, au moyen d'une fausse membrane déjà organisée qui leur forme une enveloppe complète; en sorte qu'ils sont séparés du sang par cette espèce de coque membraneuse. Incisés dans toute leur longueur ils présentent à leur intérieur une sorte de poche remplie de pus. La matière purulente est complètement isolée et ne peut communiquer en aucune façon avec le sang. Le premier de ces caillots a une longueur de six à sept centimètres et le second de trois.

Un troisième caillot se trouve dans l'artère iliaque primitive. Il a quatre à cinq centimètres de long, et présente les mêmes caractères que les premiers; seulement le pus n'est qu'à l'état d'infiltration. Il n'est pas encore collecté complètement dans une poche.

La moelle épinière est saine dans toute sa longueur.

Les muscles des extrémités inférieures semblent tous raccourcis. Les gaines tendineuses sont saines. En coupant les tendons ou les muscles les difformités disparaissent, et les membres s'allongent. Les articulations sont saines et permettent tous les mouvements, quand les muscles sont coupés.

Les os des extrémités inférieures et du tronc sont remarquables par leur peu de consistance et leur friabilité. Il suffit de peu d'efforts pour enfoncer un ciseau dans les lames des

vertèbres, les faire sauter et découvrir le canal rachidien. Les tibias et les fémurs se laissent couper avec la plus grande facilité. Leur intérieur présente une teinte jaune parsemée de petites stries rouges, qui paraissent être des vaisseaux. La substance osseuse est raréfiée, le tissu compact diminué d'épaisseur, et les aréoles plus volumineuses que de coutume. Celles-ci contiennent une substance huileuse différente de la moëlle et de la graisse. Elle vient nager à la surface de l'eau dans laquelle on place ces os.

Les os des deux pieds participent à la même altération. L'astragale et le calcanéum se laissent écraser sous les doigts et couper par le scalpel avec la plus grande facilité.

La tête du fémur, du côté droit, présente une marbrure de jaune et de rouge. Le jaune a le même aspect que le reste de l'os ; le rouge celui des parties altérées du bassin et des vertèbres.

*Rapport de M. DURAND-FARDEL sur l'observation de
M. DELINEAU.*

Cette observation nous offre un double intérêt, au point de vue du diagnostic et du traitement ; elle nous est présentée comme un cas de paralysie dépendant d'une affection cérébrale, développée elle-même sous l'influence d'une vérole constitutionnelle. J'ignore comme ce fait a été envisagé dans le service où il a été recueilli ; mais je pense que la proposition que je viens de vous reproduire est au moins douteuse, et je vais essayer de vous le démontrer, autant que le permettra l'absence de certains détails que cette observation laisse à désirer.

Anatomiquement, voici comment nous croyons pouvoir interpréter le développement des altérations dont la tête était le siège : un individu en proie à une vérole constitutionnelle, dont il portait en maint endroit des traces prononcées, et chez lequel le système osseux offrait déjà un

commencement ou au moins un germe d'altération de texture, reçoit, il y a sept ans, notez cette époque, un coup au-devant de la tête, avec une sebile de bois, à l'hôpital; il se forme une ulcération, puis une inflammation partielle du frontal, puis une nécrose de cet os; la dure-mère correspondante au point lésé s'épaissit, une collection de pus se forme entr'elle et l'os, puis s'écoule au-dehors par les pertes de substance de ce dernier; enfin la couche superficielle des lobes antérieurs du cerveau devient à ce niveau, ramollie, pulpeuse et noirâtre. Il est plus que probable que ces altérations se sont produites successivement et par contiguïté.

Or, voyons maintenant quelle marche a suivie la perte du mouvement des membres inférieurs.

Lorsque le malade a reçu ce coup à la tête, qui très-évidemment a été le point de départ des lésions dont je viens de vous parler, il était entré à l'hôpital pour une maladie qu'il qualifie, dit l'observation, en disant qu'il ne pouvait pas se servir de ses jambes ni de ses bras, parce qu'ils étaient raides. Ainsi la paralysie, la raideur ont certainement précédé le développement des lésions cérébrales.

Mais ce n'est pas tout : cela date de sept ans. — Or nous trouvons pour toute altération du cerveau un ramollissement pulpeux, noirâtre, de l'extrémité de lobes antérieurs, pénétrant à 7 ou 8 millimètres, c'est-à-dire, 3 ou 4 lignes de profondeur. Or une semblable altération ne fût certainement pas demeurée pendant 7 ans pareillement circonscrite en étendue et en profondeur; il n'y a pas de doute qu'elle s'est développée beaucoup plus tard, à une époque impossible à déterminer, consécutivement à l'extension de la maladie du frontal à la dure-mère et sans doute lentement et progressivement, ce qui nous explique comment ni l'intelligence, ni la parole n'ont été lésées. Insisterai-je encore sur ce qu'il y a d'infiniment improbable, qu'une lésion superficielle des lobes antérieurs du cerveau

viennent à déterminer une paraplégie avec cette extrême contracture, car les bras n'ont jamais été que peu gênés dans leurs mouvements ?

Reste encore, je le sais, un moyen de rattacher les troubles musculaires aux centres nerveux : les os du crâne étaient très-épais, et il paraît que la cavité crânienne était notablement rétrécie. Supposera-t-on que cet épaississement existait antérieurement à l'époque où une cause traumatique est venue à agir comme nous l'avons vu, sur l'os du front, et que la paralysie et la contracture en étaient déjà le résultat ? Mais, messieurs, pourrez-vous vous arrêter à cette pensée, qu'un rétrécissement général de la cavité du crâne puisse se manifester par de tels symptômes, et cela lorsque la sensibilité est demeurée intacte ; et le crâne était plus rétréci à droite qu'à gauche, et les accidents ne paraissent pas avoir affecté plutôt un côté que l'autre, et enfin de deux choses l'une : ou ce rétrécissement du crâne s'est opéré rapidement, et je puis vous assurer qu'une compression générale du cerveau, assez grande pour paralyser et contracter les membres, n'eût pas laissé les facultés de l'intelligence et des sens intactes, ou il s'est produit lentement, et alors les accidents qu'il eût pu déterminer n'eussent pas été si tranchés, si caractérisés. A mesure, messieurs, que j'étudie ce fait, j'acquiesce à une conviction plus profonde que les centres nerveux n'étaient pour rien dans les phénomènes observés chez ce malade.

Quelle en était donc la cause ? Il faut bien la chercher dans les parties qui en étaient elles-mêmes le siège, puisque nous n'en pouvons trouver une explication dans les centres nerveux. Notons d'abord une lacune dans l'observation : lorsque l'autopsie eût démontré l'insuffisance des lésions de l'encéphale, pour rendre compte des phénomènes observés pendant la vie, il eût fallu examiner les nerfs des membres : mais je me borne à signaler cet oubli.

Relativement à l'état des membres, nous reprocherons encore à l'observation une brièveté fâcheuse : les articulations étaient saines et mobiles, les gaines tendineuses intactes ; mais on ne parle des muscles que pour dire qu'après avoir coupé les muscles ou les tendons, les membres reprenaient leur forme et leur longueur ; de même, pour les os, il n'est pas question du périoste, de leur couleur, de leur forme, de leur volume ; mais enfin, il existait une altération de leur texture que nous trouvons passablement décrite : mollesse extrême, vascularisation, élargissement des aréoles, substance huileuse dans leur intérieur.

Est-ce là qu'a été le point de départ des troubles fonctionnels observés pendant la vie ? messieurs, la science a encore peu fait pour éclairer une question de ce genre. L'étude des paralysies *idiopathiques*, mauvaise expression par laquelle on prétend désigner les paralysies qui ne viennent pas des centres nerveux, est encore toute à faire ; consultez en effet, soit le traité de la paralysie du docteur Cooke, ouvrage vieux de vingt ans, il est vrai, mais résumé très-complet de ce qui avait été fait sur les maladies de l'encéphale (docteur Cooke, *On nervous diseases, etc.*, t. 11, 1822.) ; soit l'article tout récent de M. Rochoux sur le même sujet (*Dictionnaire de médecine*, 2^e édition, t. 22.), à peine trouverez-vous quelques indications sur ce point important. Cependant, à coup sur, c'est à cette question que se rattache l'observation de M. Delineau. D'un autre côté, que savons-nous sur le ramollissement des os ? peu de choses, et l'attention même s'est bien plutôt fixée sur l'anatomie pathologique de l'ostéomalacie, que sur ses symptômes ; Morand, Lobstein, Boyer, Bérard, ne nous apprennent que peu de choses à cet égard.

Il paraît cependant que l'on a généralement observé des douleurs dans les membres, que n'aurait pas offert le sujet de M. Delineau ; mais ces gens-là oublient souvent

beaucoup en 7 ans. D'un autre côté, il résulterait des quelques observations rapportées par les auteurs d'ostéomalacie chez des adultes, que les mouvements n'ont en général cessé de s'exécuter, que lorsque le ramollissement a été trop considérable pour permettre aucunement aux os de les transmettre, d'où ces déformations extraordinaires, ces fractures multiples, dont le malade de M. Delincau n'a offert aucune trace. Il est certain que ce fait conduit à supposer qu'il y avait une autre cause à la perte de la motilité; oui, sans doute, il y avait une autre cause, et d'ailleurs l'état des os n'explique en rien la contracture. Mais cette cause n'existait point dans les centres nerveux, il faut la chercher dans l'affection constitutionnelle, dans la syphilis. Celle-ci a déterminé le ramollissement des os très-évidemment dans ce cas, bien que Boyer doute de l'influence de la vérole sur l'ostéomalacie; sans doute elle a agi d'une façon quelconque sur les nerfs, sur les muscles, enfin sur leurs fonctions, d'une façon que nous ne pouvons apprécier, mais dont il faut reconnaître le résultat.

Du reste, je ne veux d'autre preuve de ce que j'avance, que le fait suivant : Dès que le malade eut été soumis à un traitement mercuriel, un des premiers résultats de celui-ci, fut le retour de quelques mouvements dans les membres paralysés. Or, si cette paralysie eût été le résultat d'une compression, d'un ramollissement, ou d'une lésion quelconque des centres nerveux, elle n'en eût éprouvé aucune modification.

Les résultats de ce traitement furent en effet bien curieux : en quelques jours les ulcères, les plaies se fermèrent, la nécrose sembla se limiter... Il est bien malheureux, pour lui-même d'abord, mais aussi pour le fait scientifique, que le malade n'ait pu supporter ce traitement, dont les premiers effets furent si intéressants.

Le professeur Lallemand, dans sa 7^e lettre sur l'encé-

phale, a spécialement étudié les lésions qui peuvent se développer, sous l'influence de la maladie vénérienne, dans le cerveau ou les os du crâne; et, pour le dire en passant, il me paraît disposé à tort, à croire à l'existence dans le cerveau de lésions toutes spéciales, par leur cause et leur forme, de lésions vénériennes spécifiques de la pulpe nerveuse. Il se fonde sur certaines expressions employées par de vieux auteurs, Bonnet, Baillou, et quelques médecins plus modernes, et que, suivant son habitude de baser sur un seul mot toute une série d'idées, il interprète avec plus de hardiesse que de logique; il dit encore avoir rencontré, sur la moelle allongée, des végétations toutes semblables à des choux-fleurs vénériens. J'ai observé des productions de ce genre, et je ne doute pas qu'elles ne soient dues simplement à un dépôt de fibrine: elles sont entièrement semblables à celles que vous avez tous rencontrées sur les valvules du cœur. M. Lallemand rapporte, dans la même lettre, quelques exemples bien remarquables de l'effet que peut avoir un traitement mercuriel, sur des lésions des os du crâne et du cerveau, produites par une cause vénérienne; je voudrais pouvoir analyser quelques-uns de ces faits, mais je me contenterai, messieurs, de vous citer un fait intéressant, rapporté par M. Prus, dans la revue médicale (*Décembre 1840, quelques faits relatifs à la pathologie de la moelle épinière.*)

Un homme, âgé de 40 ans, entra en 1832 à Bicêtre, pour une paralysie dont il était affecté depuis 3 ans. Cette paralysie était survenue graduellement et accompagnée quelquefois de mouvements involontaires; le malade pouvait soulever un peu ses jambes dans son lit, mais il lui était complètement impossible de se soutenir dessus; il souffrait en outre beaucoup de douleurs intercostales, et dans les membres inférieurs. M. Prus s'étant aperçu de l'existence d'une exostose de la clavicule qui déterminait des douleurs nocturnes, et sachant que le malade avait eu

autrefois une vérole confirmée, présuma que la paraplégie pouvait tenir à une exostose des vertèbres. Il soumit donc cet homme à un traitement spécifique : pendant deux mois il lui fit prendre par jour 5 centigrammes de deutochlorure de mercure, et 5 verres de tisane sudorifique ; sa principale nourriture consista dans du lait. Au bout d'un mois l'exostose de la clavicule avait diminué, les douleurs avaient disparu, le malade pouvait se soutenir sur ses jambes ; au bout de 3 mois il put sortir de l'infirmerie, bien portant et libre de tous ses mouvements. On trouve un fait analogue dans les mémoires de l'académie de chirurgie, t. 4, p. 141. Cette observation est due à Houstet.

Phlébite chronique et ossification des veines des membres inférieurs, par M. COMIN. 173

Berche, Noël-Antoine, né à Rouen en 1760, est entré à l'hospice des Incurables le 16 février 1834. Il avait exercé la profession de sculpteur : et il était affecté d'une hernie inguinale droite. — Il n'avait pas éprouvé d'autre incommodité depuis son entrée à l'hospice, lorsque dans le printemps de 1839 il fut pris d'une rougeur avec empâtement au bas du mollet gauche (érysipèle des vieillards), sans douleur aucune. Cette rougeur, d'abord franche, devint de plus en plus livide comme une large ecchymose ; l'œdème de la jambe gauche et du pied augmenta, puis se dissipa par quelques jours de repos, et alors l'épiderme se détacha de la peau dans une grande étendue, sous formes de larges squames. — Il ne resta plus dans le membre qu'un gonflement médiocre indolent, remontant jusqu'au haut de la cuisse ; on remarquait en outre, disséminées sur la peau, une foule de plaques comme scorbutiques, formant comme des taches de sang recouvertes par un épiderme transparent. — Cet état persista avec quelques rémissions et quelques exacerbations, suivant que le malade gardait

le lit ou continuait à marcher. Au commencement du mois de mars 1840 tout le membre abdominal gauche était œdématié, pâteux, toujours avec taches scorbutiques et soulèvements épidermiques. Le cœur ne présentait rien d'anormal ; on ne sentait dans l'abdomen aucune tumeur bien circonscrite ; mais sur le trajet de la crurale, et surtout à son origine, on sentait un cordon dur, bien prononcé. — Le membre abdominal droit était resté sain, avec des taches moins nombreuses ; comme il s'en trouvait du reste sur toute l'étendue de la peau. On ordonna le repos, le membre étant tenu plus élevé que le bassin ; et le malade étant dans un état de constipation habituelle, on prescrivit des lavements. — Quelques jours après, la jambe droite commença à s'engorger vers sa partie inférieure, aussi sans cause appréciable. A partir de cette époque, le malade, qui était très faible depuis le commencement de février, s'est affaibli de jour en jour davantage ; et, chose remarquable, le 7 avril, la jambe gauche était revenue à l'état normal ; elle avait la grosseur et la résistance ordinaires : cet état a persisté jusqu'à la mort, qui est arrivée le 20 avril dans la journée, par les progrès de l'adynamie.

L'autopsie a été faite le 22 à dix heures du matin.

L'extérieur du corps n'offrait rien de particulier. La paroi abdominale étant enlevée, on voit les masses intestinales déformées et déplacées de telle sorte qu'on a de la peine à les reconnaître. — La tunique péritonéale présente un aspect particulier ; elle est recouverte çà et là d'un liquide sanieux, comme si l'abdomen eût été rempli de sang qu'on aurait enlevé en partie avec une éponge.

Le *rectum* est presque tout entier hors de l'excavation du bassin : il remonte en ligne droite jusqu'au-dessus de l'ombilic ; son volume est énorme, il a trois pouces de diamètre ; il est distendu par des gaz. Ses replis ont disparu. Il recouvre quelques portions d'intestin grêle et refoule à droite et à gauche, mais surtout à gauche, la plus grande partie du gros intestin.

Le *gros intestin* est déformé et déplacé, d'un diamètre moins considérable qu'à l'état normal, et contient des matières moulées, très dures, séparées d'espace en espace par des plis transversaux. — L'S iliaque a changé de direction, cette partie de l'intestin se porte de l'extrémité supérieure du rectum sur le côté gauche du bassin de manière à former avec le rectum un angle ouvert en bas. Il est rempli de matières fécales suspendues au-dessus des gaz que contient cet intestin. — Au niveau du psoas gauche, la partie supérieure de l'S iliaque est réunie avec la partie inférieure du colon descendant; mais il y a dans ce point plusieurs pouces d'intestins remplis de matières dures, qui pressent contre la paroi inguinale. En remontant vers le haut du colon descendant, on le voit dans l'hypochondre gauche placé entre le rein qui est appliqué contre la colonne vertébrale et la rate, rapetissé et refoulé par la masse presque entière des intestins grêles qui s'est portée dans cette région. — Le colon transverse et le colon ascendant ne présentent rien d'anormal; ils sont, comme le reste, remplis de matières fécales dures et moulées.

Le *cæcum* paraît un peu moins développé qu'à l'ordinaire. Il est noir, livide, comme gangrené à sa face antérieure; un appendice fibreux partant de son fond conduit dans le sac herniaire qui traverse le conduit inguinal droit, et paraît formé aux dépens de la partie externe de la tunique du cordon. Ce sac est tapissé d'une mince couche de sang coagulé et se prolonge jusqu'à l'épidydime.

L'*intestin grêle* ne présente que quelques anses (iléon) dans le milieu de l'abdomen; le mésentère est dirigé suivant une ligne allant de la rate au cæcum. La plus grande partie de l'intestin est située vers la partie inférieure de la face interne de la rate, entre cette face, le grand cul-de-sac de l'estomac et le rein gauche. Là il recouvre l'angle que forme le colon transverse avec le colon descendant. Il est rempli de matières liquides, comme atrophie, sanieux à

sa surface. — Le duodénum se continue directement de gauche à droite avec le reste de l'intestin jusqu'à la première courbure, puis va s'aboucher, comme à l'ordinaire, avec l'estomac.

L'estomac est petit ; le cœur a son volume ordinaire ; le ventricule gauche est hypertrophié, et le ventricule droit un peu dilaté avec amincissement des parois ; on remarque quelques ossifications aux valvules aortiques et auriculo-ventriculaire gauche.

L'aorte *pectorale* ne présente que quelques rares points d'ossification ; mais dans l'abdomen ces points se rapprochent de manière à tenir plus de la moitié du cylindre de l'artère, ce qui donne à l'aorte *abdominale* une forme prismatique ; ses divisions *iliaques* interne et externe, sont également ossifiées ; l'hypogastrique gauche, au moment où elle passe sur la veine iliaque, semble un véritable os perforé dans son centre : il n'est pas douteux que cette disposition ait occasionné quelque gêne dans la circulation veineuse pendant la vie.

L'artère *crurale* droite et celle du côté gauche présentent un grand nombre de points d'ossification, très-rapprochés, surtout dans la *crurale* gauche et ses divisions, dont quelques-unes ont de véritables tuniques osseuses.

La *veine cave* ne présente rien de particulier, soit dans la poitrine, soit dans l'abdomen. — Je dois seulement noter de nouveau sa compression par l'aorte et les intestins ; mais surtout celle des veines iliaques externes gauches par l'extrémité inférieure du colon descendant et l'S iliaque remplis de matières dures et agglomérées.

Les véritables lésions se trouvent dans les veines du membre abdominal gauche.

La *veine crurale*, ouverte dans toute sa longueur, présente des caillots disposés de distance en distance, plus ou moins rapprochés, plus ou moins étendus. Dès son origine, en avant du ligament de Poupart, on rencontre l'extrémité

supérieure d'un caillot qui s'étend jusqu'à l'origine des veines crurales profondes dans un espace de trois pouces environ. Il est blanc, fibrineux, d'une consistance remarquable, sans adhérence aux parois du vaisseau qu'il ne remplit pas complètement. — A un pouce environ de celui-ci, on trouve un autre caillot très long, qui va jusqu'à la division de la veine poplitée, mais rouge, beaucoup moins consistant que le premier, et obstruant complètement la lumière du vaisseau. Il y a néanmoins un peu de sang entre lui et le précédent ; mais ce sang a dû être apporté par quelques veines superficielles qui sont sans altération.

Plus bas, dans les veines qui suivent le trajet des artères profondes et que j'ai suivies avec soin, j'ai trouvé encore un grand nombre de caillots plus ou moins fibrineux. J'ai pu voir que le tissu cellulaire qui suit le trajet des vaisseaux comprimait les veines contre les artères dont il était difficile de les séparer ; celles-ci étaient ossifiées dans presque toute leur étendue. J'ai remarqué la même altération dans quelq. veines, notamment dans la péronière dont les parois avaient subi la transformation osseuse, le canal étant parfaitement conservé. Les veines superficielles étaient perméables ; et c'était sans doute par elles et par la saphène interne que devait se faire le retour du sang. — Le peu de capacité de ces vaisseaux explique assez bien le gonflement œdémateux du membre pendant la vie.

Toute l'altération ne git pas dans les vaisseaux ; les parties molles de la jambe gauche présentent encore des lésions remarquables : elles sont comme ecchymosées dans toute leur profondeur, une espèce de sanie est infiltrée dans le tissu cellulaire, de telle sorte qu'il représente, moins la couleur, le tissu cellulaire infiltré d'un cadavre en putréfaction. Ces lésions sont surtout appréciables au-dessus de la cheville. — Les muscles sont d'une friabilité extraordinaire ; on les déchire assez facilement en les portant avec force dans l'extension.

Le membre *abdominal* droit ne présente pas d'altération bien sensible, à part l'ossification des artères, qui est moins prononcée que du côté opposé, et celle de quelques veines. Le commencement d'œdème s'explique de ce côté, en partie par la pression des matières fécales, en partie par l'asthénie de l'individu. De pareils accidents s'observent chez presque tous les vieillards au terme de leur carrière.

Les caillots ayant été mis d'abord dans l'eau pure, puis dans l'eau alcoolisée, pour mieux voir la structure, tous sont devenus presque blancs, même ceux qui paraissaient les derniers dans l'ordre de formation; ils étaient composés de parties folliculaires, rubanées; s'emboîtant réciproquement comme des cornets de papier, ou plutôt comme les premiers bourgeons d'une plante en germination.

Maintenant, si l'on établit un rapprochement entre la succession des phénomènes pendant la vie, et les lésions cadavériques, on restera convaincu qu'il y a eu là une phlébite presque générale, occupant d'abord les capillaires de la partie inférieure de la jambe (érysipèle veineux des vieillards), puis les veines principales du membre. Tant que cette inflammation a persisté, et elle a duré longtemps, elle était chronique sub-aiguë de sa nature, le membre est resté engorgé; la formation des caillots obstruant les vaisseaux rendait le retour du sang impossible, gêné qu'il était déjà par la pression des troncs dans l'abdomen; et ce n'est que lorsque les caillots ont commencé à se résorber; lorsque la saphène interne et ses branches ont pu communiquer directement avec l'ilaque externe que le gonflement a cessé. — Probablement qu'un travail semblable tendait à s'opérer dans le membre droit lorsqu'il a commencé à s'engorger, encore peut-on en accuser la pression des vaisseaux récepteurs et la faiblesse du malade.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI^e ANNÉE.

BULLETIN N^o 11. — (Janvier, 1842.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

(Extrait des procès-verbaux des séances de la Société.)

Présidence de M. Cruveilhier.

1. *Tumeur volumineuse de l'ovaire.* — 2. *Anévrisme de l'aorte thoracique.* — 3. *Kyste volumineux développé entre l'utérus et le rectum.* — 4. *Bourse synoviale en arrière du tendon du triceps fémoral.* — 5. *Tumeur fibro-celluleuse enkystée sous la peau du genou.* — 6. *Abscès stercoral au périnée, coïncidant avec des fistules urinaires.* — 7. *Cancer de la vessie.* — 8. *Hernie graisseuse accompagnée d'accidents qui ont simulé l'étranglement.*

1. M. Pigné met sous les yeux de la Société une tumeur volumineuse de l'ovaire droit, qui a déjà été soumise à l'examen de l'académie de médecine. Cette tumeur, de nature fibro-squarreuse, pèse 29 livres; elle est bilobée à sa partie postérieure, c'est-à-dire au niveau du point qui reposait sur la colonne vertébrale. Nulle part elle n'avait contracté d'adhérences.

2. M. Demeaux présente un anévrisme de l'aorte thoracique trouvé sur un sujet qui est mort d'une pneumonie, et dont on a fait l'au-

topsie sans avoir soupçonné ni trouvé de tumeur. Celle-ci forme une poche considérable qui s'étend depuis la troisième jusqu'à la septième vertèbre dorsale ; sa paroi antérieure n'est autre chose que la paroi aortique elle-même ; sa paroi postérieure est en partie constituée par la colonne vertébrale sur laquelle l'anévrysme repose, et en partie par une enveloppe qui n'offre plus de traces de tuniques artérielles. Toutefois la tumeur remonte au-dessus du point où ces tuniques sont restées, et présente l'aspect de l'anévrysme disséquant. Sa cavité était remplie de caillots plus épais et plus denses à la périphérie que vers le centre. Les corps vertébraux sont détruits assez profondément par le contact de l'anévrysme, tandis que les fibro-cartilages intermédiaires ont perdu très-peu de leur substance.

3. M. Lambros rapporte qu'une femme de 65 ans, présentant les signes d'une ascite est venue mourir à l'hôpital de la Pitié, avant qu'on ait pu avoir de renseignements sur son état antérieur. En l'ouvrant, on a trouvé d'abord les traces d'une péritonite chronique; mais en outre il y avait dans le bassin et l'abdomen une poche volumineuse, que M. Lambros met sous les yeux de la Société: vide actuellement, cette poche contenait un liquide jaunâtre. On pourrait croire au premier abord, qu'elle dépend de l'utérus, mais il n'en est rien ; car celui-ci est placé en avant et singulièrement aminci par suite de la compression ; elle n'appartient pas non plus aux ovaires ; celui du côté droit présenté bien quelques kystes, mais tout à fait séparés de la grande poche dont nous parlons. Celle-ci enfin, a son siège inférieurement entre l'utérus et le rectum et paraît avoir là pour point de départ une tumeur cancéreuse autour de laquelle sont groupées plusieurs poches, rudiments de celle qui a acquis un volume si considérable. L'intérieur du kyste ne présentait ni corps étrangers ni granulation ; il y avait seulement quelques flocons albumineux mélangés avec le liquide.

4. M. Demeaux fait voir une bourse synoviale placée en arrière du tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule, et tout à fait indépendante de la synoviale articulaire du genou ; cette bourse dont l'existence a été niée par Chaussier, a été admise par un anatomiste allemand.

5. M. E. Cloquet fait voir une petite tumeur fibro-celluleuse que M. H. Larrey a enlevée le matin, et qui était placée sous la peau du genou. Il donne sur ce fait les détails suivants: le malade s'aperçut en

1834 pour la première fois, d'une douleur au côté externe de la rotule droite après avoir dansé; il survint de la rougeur, de l'œdème et quelques accidents inflammatoires qui se prolongèrent pendant 40 jours. Trois années se passèrent sans qu'elle ressentît rien de nouveau; au bout de ce temps, elle s'aperçut au côté externe du genou, d'une tumeur sous-cutanée, libre sous la peau et légèrement mobile; elle n'a plus varié de volume et est devenue de temps en temps, particulièrement sous l'influence de l'humidité, le siège de douleurs très-vives. Cette circonstance a déterminé M. H. Larrey à en pratiquer l'extirpation. L'on a constaté que cette tumeur, de la nature de celles que l'on a appelées névrômes, était enkystée, et malgré les douleurs très-vives qu'a éprouvées la malade, il n'a pas été possible d'y suivre des filets nerveux.

6. M. *Gaubric* rapporte qu'un homme de 58 ans fut admis à l'hôpital de la Pitié, avec des fistules uréthrales, placées en avant du scrotum, pour lesquelles il avait été traité peu de temps auparavant, par les sondes à demeure. Bientôt il se montra au périnée une tumeur qui fut prise pour un abcès urinaire et incisée comme telle; mais son ouverture ne donna lieu qu'à un écoulement de matières fécales; l'urine n'en sortit pas et continua à suivre le trajet des premières fistules. Le doigt introduit dans le rectum, permit alors de constater que la paroi antérieure de cet intestin était ulcérée. Le malade est mort affaibli et émacié; l'autopsie a fait constater que l'ulcération du rectum conduisait dans un foyer placé lui-même dans le bassin et circonscrit en haut par l'aponévrose pelvienne, en bas par l'aponévrose périnéale moyenne, et, en dedans, par le muscle obturateur interne. Ce foyer avait traversé l'aponévrose périnéale moyenne, pour devenir superficiel et former la tumeur que l'on avait incisée. Du reste, cette altération était tout à fait distincte de celle des voies urinaires; il y a, à la surface interne de l'urèthre, plusieurs ulcérations qui conduisent à l'extérieur par autant de trajets anormaux.

7. M. *Hélot* fait voir une dégénérescence encéphaloïde de la paroi postérieure de la vessie trouvée sur un homme qui est mort à l'hôpital *Necker*, dans le service de M. *A. Bérard*. En le sondant, on retirait des urines fétides et sanguinolentes, et par le toucher on avait constaté une tuméfaction considérable de la paroi recto-vésicale.

8. M. *Costilhes* présente une hernie inguinale grasseuse, recueillie sur une femme de 53 ans, et qui s'est accompagnée de symptômes propres

à faire pratiquer inutilement l'opération de la hernie étranglée. La malade qui était depuis un an à la prison de St. Lazare, avait remarqué pour la première fois, il y a huit mois, l'existence d'une tumeur dans l'aîne; cette tumeur devenait douloureuse aux époques menstruelles. Le 17 décembre, les douleurs devinrent plus vives qu'à l'ordinaire, s'irradièrent dans l'abdomen, et s'accompagnèrent de vomissements bilieux et de hoquets; au bout de trois jours, le ballonnement du ventre était plus considérable, les vomissements et le hoquet persistaient toujours; ces circonstances jointes à l'irréductibilité de la tumeur décidèrent le chirurgien de St. Lazare à faire l'opération de la hernie, il crut avoir trouvé et réduit après débridement une masse épiploïque, mais les accidents ont encore persisté et la malade a succombé 24 heures après. A l'autopsie on a vu qu'il s'agissait d'une hernie graisseuse, que l'on avait fait rentrer dans le ventre, mais sans ouvrir le péritoine. Il y avait du reste une péritonite générale dont on n'a pu reconnaître la cause.

Observation de spina bifida avec hydropisie centrale de la moëlle épinière ;

par M. L. GOSSELIN, aide d'anatomie à la faculté de méd

Le nommé Mignon, âgé de 11 mois, est né en janvier 1841, de parents sains et robustes ; sa mère surtout est d'une bonne constitution ; elle a eu quatre autres enfants bien portants. Au début de cette cinquième grossesse, à trois semaines environ, elle eut une émotion vive en apprenant brusquement la nouvelle de la mort de son père ; elle entreprit, pour le voir, un long et pénible voyage. Elle éprouva pendant toute sa grossesse un malaise général, des douleurs vers le côté droit du ventre, et enfin, vers huit mois et demi, elle reçut un coup de pied sur la paroi abdominale ; dès cet instant, les premières douleurs de l'enfantement se manifestèrent, et néanmoins l'accouchement n'eut lieu que quinze jours après, c'est-à-dire à terme. L'enfant se présenta en première position et ne resta pas trop longtemps au passage (1).

Au moment de la naissance, et en emmaillottant l'enfant, on fut frappé de voir, dans sa région lombaire, au niveau des dernières apophyses épineuses, que la peau était noireâtre et molle dans l'étendue d'une pièce de deux francs, sans douleur, et qu'il existait un vide circulaire.

Pendant trois mois, cette altération n'offrit que peu de changements ; mais alors la peau se souleva : une tumeur arrondie commença à se former, et prit bientôt un accroissement considérable.

(1) Je dois ces détails à l'obligeance de M. le docteur Duclos, médecin habituel de la famille, qui a donné des soins à la mère et à l'enfant, et qui a bien voulu m'appeler pour l'autopsie.

Inquiétée par cette nouvelle circonstance, la mère soumit en septembre son enfant à l'examen simultané de MM. *Duclos, Jacquemin, Maisonneuve et Duparcque*, qui constatèrent l'état suivant : tumeur située à la partie inférieure de la région lombaire et dans presque toute la région sacrée, ayant le volume d'un gros œuf de poule, recouverte par la peau qui semble éraillée et prête à se rompre en quelques points. La fluctuation est très-sensible, et la transparence est des plus évidentes. La tête de l'enfant est volumineuse; ses membres sont grêles, surtout les inférieurs : il remue et agite ces derniers avec facilité; mais leur sensibilité a paru un peu faible : car on pouvait les exposer à un feu vif, sans causer de cris.

Les douleurs très vives, que déterminait la moindre pression, ont empêché de rechercher si l'on pouvait, en comprimant, diminuer le volume de la tumeur, et causer des accidents nerveux.

On reconnut à ces signes un *spina bifida*, et l'un des consultants proposa de vider la tumeur par une ponction, en prenant les précautions nécessaires pour que l'air ne s'introduisît pas. Mais cet avis fut rejeté par les autres médecins, qui craignaient de hâter par cette opération la mort du malheureux enfant. Un bandage protecteur fut donc conseillé; on en confectionna plusieurs, mais aucun ne put être supporté; car la moindre pression déterminait des cris aigus, et causait un gonflement de la peau. On continua donc de soigner l'enfant, et de prendre toutes les précautions pour que la tumeur ne fût soumise à aucune violence; celle-ci augmenta graduellement, ne se rompit point. L'enfant paraissait d'ailleurs assez bien portant, lorsque, le 21 décembre 1841, il fut pris de symptômes graves du côté de la poitrine; il succomba le même jour, à neuf heures du soir, après avoir vécu onze mois.

Autopsie. — Nous n'avons point ouvert la poitrine ni le ventre; le *spina bifida* a presque seul appelé notre atten-

tion. Voici comment nous avons procédé à son examen : la tumeur a le volume d'une pomme de reinette ; la peau qui la recouvre est couverte de vésicules épidermiques ; quelques-unes sont déchirées et laissent le derme éraillé en plusieurs points. Voulant emporter la pièce pour la disséquer à loisir, nous avons, de chaque côté de la colonne vertébrale, incisé longitudinalement jusqu'à la fin du sacrum, enlevant une partie de l'os des îles et la symphyse sacro-iliaque, puis nous avons coupé transversalement la colonne vertébrale vers le milieu de sa région dorsale pour achever de séparer la pièce du reste du corps. Cette séparation une fois opérée, le liquide s'est écoulé en abondance par le bout supérieur et le bout inférieur de la colonne vertébrale ; la tumeur s'est affaissée et vidée, et j'ai constaté que le liquide s'échappait tout à la fois et de l'intérieur du canal rachidien et de l'intérieur même de la moëlle ; celle-ci était creusée d'un canal triangulaire à base postérieure dont les parois se rapprochaient à mesure que le liquide s'échappait. MM. Duclos et Jacquemin, qui assistaient à l'autopsie, ont constaté ce fait aussi bien que moi. Nous avons ensuite porté un bistouri profondément dans l'intérieur du crâne, à travers la fontanelle antérieure, et cette incision a donné issue à un liquide transparent, jaunâtre, non floconneux, exactement semblable à celui de la colonne vertébrale. Il n'y a donc pas de doute sur l'existence de l'hydrocéphale que le volume de la tête avait fait présumer.

La pièce fut plus tard disséquée avec soin, et nous a offert les particularités suivantes : la peau, qui se sépare facilement aux environs de la tumeur, devient, au niveau même de celle-ci, extrêmement adhérente à la couche sous-cutanée qui, elle-même, est très-mince et fort-adhérente aux autres enveloppes. Il eût été impossible d'enlever complètement ces deux couches sans ouvrir la tumeur ; la dissection n'a donc pas été poussée plus loin. Avant

d'inciser la tumeur, j'ai vu qu'elle occupait la région lombo-sacrée ; les lames et les apophyses épineuses manquent entièrement dans l'espace qui s'étend depuis la dernière lombaire jusqu'à la fin du sacrum. Enlevant ensuite les lames des vertèbres placées au-dessus, j'ai vu que la dure-mère rachidienne s'échappant au-dessous de la quatrième vertèbre lombaire, se distendait et se réunissait intimement à la peau et à la couche sous-cutanée pour former les parois de la poche. Des parties latérales et antérieures de celle-ci on voit naître les nerfs sacrés, qui sont peu volumineux. Incisant enfin les parties latérales de l'enveloppe formée par la dure-mère à la tumeur, nous avons vu l'intérieur de celle-ci ; d'abord sa cavité se continue avec celle de la dure-mère rachidienne, et elle est, comme celle-ci, lisse et tapissée par l'arachnoïde ; elle est complètement vide de liquide.

Immédiatement au-dessous de la quatrième vertèbre lombaire, la moëlle épinière se divise en plusieurs faisceaux, moins nombreux cependant que ceux qui habituellement constituent la queue de cheval ; le plus volumineux de ces faisceaux se porte en arrière et adhère solidement au fond, ou, si l'on veut, à la paroi postérieure de la poche. Trois ou quatre autres faisceaux vont adhérer de même en divers points de la tumeur, et il est facile de remarquer que les nerfs sacrés ne naissent pas de celle-ci, exactement au niveau des points d'adhérence des divers faisceaux.

Il est naturel de penser que les faisceaux dont nous parlons s'étalent dans les parois de la tumeur et en font en quelque sorte partie avant de les produire, et un examen attentif confirme cette manière de voir ; car, au-delà des points d'adhérence de quelques faisceaux, on aperçoit des espèces de colonnes blanchâtres, aplaties, qui indiquent leur trajet dans l'épaisseur de la poche.

J'ai examiné la moëlle épinière, en divers points de sa

longueur : la substance nerveuse est recouverte par le névrière et le feuillet viscéral de l'arachnoïde rachidienne; mais il y a à son centre un canal dont on constaté l'existence en y introduisant un stylet, ou bien en y soufflant de l'air. Mais ces précautions n'auraient pas suffi pour constater et faire admettre son existence, si nous n'avions pas été témoin de l'écoulement du liquide au moment de l'autopsie; sans cette circonstance, il eût été facile de ne pas le reconnaître à cause du retrait de ses parois après l'évacuation. Il m'a paru plus large au niveau du spina bifida qu'au-dessus:

La paroi postérieure de ce canal creusé dans l'intérieur de la moëlle est mince, transparente; elle m'a paru formée par le névrière, doublé d'une petite quantité de substance nerveuse.

Je me suis bien assuré qu'il n'y avait pas de communication entre ce canal central de la moëlle et la cavité arachnoïdienne; mais il ne nous a pas été donné de vérifier s'il communiquait avec le cerveau par le quatrième ventricule. Cette communication est probable. La substance de la moëlle est d'une consistance bien moins grande aux environs de la tumeur que dans le reste du canal. En résumé, le liquide qui formait la poche rachidienne était contenu dans la cavité arachnoïdienne distendue en ce point; et il y avait, en outre, hydropisie centrale de la moëlle, communiquant sans doute avec l'hydropisie des ventricules latéraux.

J'ai décrit avec tout le soin possible les lésions anatomiques que m'a offertes cette observation de spina bifida; ce n'est pas que la plupart d'entre elles n'aient été bien indiquées par les bons observateurs qui ont décrit ce vice de conformation; Tulpus, Ruysch, Morgagni, et tous les auteurs modernes, ont particulièrement insisté sur l'adhérence de la moëlle aux enveloppes de la tumeur, surtout quand celle-ci occupe la région lombo-sacrée; mais les

efforts continuels de la chirurgie, pour soustraire à la mort les malheureux enfants affectés de spina bifida, rendent de plus en plus nécessaire la connaissance exacte de son anatomie pathologique. Voilà pourquoi j'ai publié ce fait dans tous ses détails. J'appellerai maintenant l'attention du lecteur sur les points les plus intéressants qu'il nous offre :

1° *Epoque d'apparition de la tumeur.* Bien qu'il reste peut-être quelques renseignements à désirer sur l'état de la région lombo-sacrée, au moment de la naissance, on peut néanmoins penser que la tumeur n'existait pas encore à cette époque, et qu'elle a paru seulement trois mois après. Ce fait est rare, mais on se souviendra que Lancisi a vu une fois la tumeur se produire à l'âge de cinq ans, et, s'il faut en croire Apinus, il en aurait vu une paraître à vingt ans. Chez l'enfant dont je rapporte l'observation, il y avait pendant les premiers mois une simple tache à la peau, mais point de soulèvement, point de tuméfaction sensible. De plus, il y avait déjà écartement des vertèbres, et vraisemblablement adhérence de la moëlle à ses enveloppes et à la peau. Ce fait contredirait donc l'opinion généralement admise d'après laquelle la collection liquide faisant saillie au-dehors, avant la formation des lames et des apophyses épineuses, empêcherait cette formation d'avoir lieu ; elle vient au contraire à l'appui de l'opinion de M. Cruveilhier, qui regarde l'adhérence de la moëlle aux enveloppes comme cause primitive de la maladie.

2° *Hydropisie centrale de la moëlle.* Il y a dans cette observation tout à la fois hydromyelia, c'est-à-dire hydropisie dans la cavité arachnoïdienne, et en même temps hydropisie de la moëlle même, indépendante de la première. Cette coïncidence nous rappelle les états si variés sous lesquels la moëlle peut se présenter dans le spina bifida ; elle nous rappelle surtout ce fait si remarquable de Brunner (cité par Morgagni) dans lequel un canal central de la

moëlle venait par un orifice bien distinct communiquer avec la tumeur extérieure au rachis. Cette coïncidence n'est-elle pas encore un premier degré de l'altération dans laquelle la moëlle, divisée en deux parties latérales écartées en arrière, se trouve comme aplatie et élargie; ne dirait-on pas que, dans les cas de cette espèce, le canal central primitivement existant, s'est ouvert largement, et a permis cet écartement.

3° *L'adhérence de la moëlle* par un faisceau considérable du fond de la tumeur, et par ses autres faisceaux aux différents points de la poche. J'ai déjà dit que ce fait est bien connu, mais il est plein d'intérêt à l'époque actuelle; car on se demande quel résultat aurait en pareil cas le mode de traitement qui a dernièrement réussi deux fois à M. le docteur Dubourg de Marmande, c'est-à-dire l'ablation d'une partie de la tumeur suivie de la réunion immédiate, à l'aide de la suture entortillée (*Gaz. médic.*, 31 juillet 1841). Si on l'eût employé ici, on aurait presque certainement coupé le faisceau le plus considérable, et peut-être quelques autres; or, cette section me paraît devoir être une chance de plus pour la production des accidents inflammatoires, déjà si redoutables à la suite d'une simple ouverture de la tumeur. De plus, elle aurait certainement pour résultat, en supposant la guérison obtenue, d'amener la paralysie des parties auxquelles se distribuent les nerfs émanés de la portion de moëlle coupée, inconvénient léger peut-être, lorsque la tumeur occupe la région sacrée, mais qui deviendrait plus grave si elle occupait un autre point de la colonne vertébrale.

M. Dubourg apporte en faveur de sa méthode deux cas de succès; résultat très-beau sans doute, puisqu'il s'agit d'une maladie presque nécessairement mortelle. Mais en obtiendra-t-il de nouveaux? Peut-être a-t-il opéré dans les cas les plus favorables, ceux de non-adhérence de la moëlle, que l'on rencontre le plus rarement:

Du reste, il a lui-même judicieusement fait remarquer que son opération ne pouvait guère réussir que dans les cas d'ouverture très-étroite au canal rachidien ; or, ce sont précisément ces cas-là dans lesquels l'adhérence de moëlle pourra n'avoir pas lieu. Ces faits sont, je le répète encore, les moins fréquents de tous. La méthode de M. Dubourg ainsi limitée ne me paraît donc applicable que très-rarement, elle ne peut pas demeurer une méthode générale pour le spina bifida ; on se souviendra surtout qu'elle peut être dangereuse pour les cas d'adhérence de la moëlle. Et somme toute, comme rien n'indique à l'avance que cette adhérence n'existe pas, je préférerais encore soit la compression seule, qui a réussi à Abernethy, soit les ponctions successives, suivies de la compression, qui ont réussi deux fois à A. Cooper, et deux autres fois à MM. Robert et Rosetti.

Hydropisie et kystes pileux multiloculaires ovariens ; tubercules pulmonaires et intestinaux.

Observation recueillie par M. GUIGNARD interne des hôpitaux.

La nommée Victoire Grenu, repasseuse, âgée de 29 ans est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière le 19 octobre 1841 offrant tous les signes rationnels et physiques d'une phthisie parvenue à sa dernière période. Voici les renseignements que cette femme, fort intelligente, nous a donnés lors de son entrée :

Réglée à l'âge de 14 ans, elle s'est toujours bien portée jusqu'à 20 ans et demi, époque de son mariage ; trois mois après, elle fit une fausse-couche, redevint grosse immédiatement ; l'accouchement eut lieu à terme au mois de décembre 1833 ; il fut long et ne se termina que le 5^e jour.

après l'administration de l'ergot de seigle. Aucun accident ne vint troubler la suite des couches ; le repos fut gardé une douzaine de jours.

Au bout de ce temps, cette femme reprit ses travaux ; et, dès le premier jour, après s'être tenue debout plusieurs heures de suite, elle éprouva une impossibilité complète d'uriner. L'accoucheur fut appelé ; il pratiqua le cathétérisme ; répéta ainsi cette opération pendant six semaines, la malade ne pouvant uriner seule. A cette époque il déclara que l'utérus était trop abaissé ; il mit un pessaire ; depuis, l'écoulement des urines a toujours été facile.

Au mois de juin 1834, cette femme éprouva des douleurs sourdes dans l'abdomen, elle s'aperçut à la même époque de la présence d'une tumeur douloureuse profondément située vers le fosse iliaque gauche. En même temps que le ventre était douloureux, son volume augmentait rapidement, et la tumeur du côté gauche devenait de moins en moins sensible. Deux ou trois mois après son apparition, le ventre ayant déjà un volume considérable, elle ne pouvait plus être retrouvée ; mais il restait encore la sensation d'un corps qui roulait dans le côté gauche du bassin, lorsque le bassin était penché en avant, en arrière, ou sur les côtés. Le ventre a continué de croître jusqu'au mois de décembre 1834 ; et, depuis cette époque, son volume n'a pas changé. Les douleurs abdominales, la gêne que lui causait cette distension énorme forçaient assez souvent cette femme à garder le lit ; comme ses règles continuaient à paraître, et seulement à cause de cela, elle ne crut point être enceinte. Elle perdit son mari à la fin d'octobre 1834 ; cet homme était depuis longtemps d'une très-mauvaise santé : d'après ce qui nous a été dit, il serait mort phthisique.

Vers le mois de septembre 1834, le ventre étant déjà très-volumineux, il se manifesta à la région ombilicale une tumeur qui n'a pas tardé à augmenter. Son accroissement a continué jusqu'en 1837. Depuis, son volume est demeuré

le même; cette tumeur n'est point venue dans un effort; elle n'a jamais déterminé d'accident.

Au milieu de l'année 1839, il y eut une légère infiltration du membre gauche; elle disparut par le repos, revint en janvier 1840, plus considérable cette fois, et s'accompagnant de douleurs assez vives dans le membre: on pratiqua des frictions; un bandage roulé fut mis sur tout le membre; l'œdème diminua, mais ne disparut pas tout à fait; il revint plus considérable au commencement de cette année, l'infiltration s'est aussi manifestée au membre inférieur droit qui n'a pas tardé à égaler celui du côté opposé.

Les règles, qui avaient reparu quelque temps après l'accouchement, étaient d'abord régulières, elles ont perdu cette régularité quand le ventre est venu à grossir. En 1839, elles ont tout à fait cessé pour ne plus reparaitre. A aucune époque il n'y a eu d'écoulement vaginal d'aucune nature. Quelques mois avant la suppression des règles, la malade a commencé à éprouver les premiers accidents du côté de la poitrine.

Depuis une année que le dévoiement est survenu, il a presque toujours continué.

A son entrée, voici l'état dans lequel nous avons trouvé cette malade.

La tête est élevée, le corps est incliné sur le côté droit, toute autre position est impossible à garder. Amaigrissement considérable de la face et des membres supérieurs, dyspnée, toux fréquente, expectoration abondante de crachats opaques puriformes homogènes, matité à la percussion sous la clavicule droite, respiration cavernueuse, gargouillement, pectoriloquie dans le même lieu, sonorité peu marquée dans les autres points, râle muqueux à très-grosses bulles occupant la partie supérieure de l'un et de l'autre poulmon en arrière. En bas et en arrière, râle sous-crépitant; les bruits du cœur sont normaux, anorexie, vomissements revenant par intervalles, diarrhée presque continue; l'émission des urines se fait librement.

Le ventre est très-volumineux, saillant en avant, uniformément distendu, sans bosselure; à la surface on ne trouve aucune dilatation veineuse. La région ombilicale est surmontée par une tumeur plus grosse que le poing; cette tumeur est susceptible de perdre un tiers de son volume, quand on la comprime, et l'on sent alors dans son intérieur des cordons assez résistants et irréductibles. Comme cette poche est supportée par un pédicule étroit, elle retombe en bas sur la paroi abdominale, et dans le fond du pli on trouve une excoriation superficielle.

La paroi abdominale étant très-tendue, il est impossible de la déprimer assez pour savoir, s'il existe à quelque distance en arrière une tumeur qui serait éloignée de cette paroi par une couche plus ou moins épaisse de liquide. La fluctuation est manifeste dans les divers points de l'abdomen. Par la percussion on obtint dans tous les points de cette cavité en haut comme en bas, en arrière, et sur les côtés comme en avant, une matité dont les caractères sont les mêmes partout. Le doigt porté dans le vagin, n'atteint l'utérus qu'avec difficulté, et en soulevant le périnée avec les autres doigts. Sur la partie latérale droite et un peu antérieure du vagin, on sent une tumeur large et dépressible. Le toucher rectal n'a point été pratiqué.

Les deux membres inférieurs sont infiltrés dans toute leur longueur; cette infiltration est portée à un assez haut degré, et elle est égale des deux côtés.

Pendant les cinq semaines que la malade a vécu sous nos yeux, nous avons observé, un affaiblissement progressif: la voix, d'abord faible, s'est éteinte peu à peu, et l'aphonie est devenue presque complète; l'infiltration s'est étendue d'abord au membre supérieur droit sur lequel la malade était couchée, puis à la main et à l'avant-bras gauche dans les derniers jours qui ont précédé la mort. Celle-ci est survenue le 22 novembre; l'intelligence était demeurée dans un état d'intégrité parfaite jusqu'à la fin.

AUTOPSIE quarante heures après la mort.

État du cadavre. Point de raideur cadavérique, maigreux extrême de la face et du cou, infiltration considérable des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit. OEdème léger de l'avant-bras et de la main du côté gauche.

Crâne. Les membranes, et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'offrent rien de particulier; les substance blanche et grise ont leur couleur et leur consistance normales.

Poitrine. Le péricarde est sain. Le cœur a le volume, la forme et la consistance qui lui sont propres, il n'y a point d'insuffisance; les valvules ne présentent aucun épaississement; leur jeu paraît libre.

L'une et l'autre plèvre ne contiennent pas de sérosité; l'une et l'autre offrent des adhérences anciennes plus multipliées du côté droit.

Les poumons s'affaissent par l'ouverture de la poitrine, ils sont diminués de hauteur par le refoulement du diaphragme, l'un et l'autre contiennent un grand nombre de tubercules à différentes périodes, dans les deux poumons on trouve un assez grand nombre de cavernes de dimensions différentes; les plus considérables pourraient loger une aveline. Du côté droit seulement, à quelques lignes au-dessous du sommet, se trouve une vaste caverne dont la cavité pourrait loger une noix; au bas et en arrière des deux poumons il y a de l'engouement hypostatique. Les ganglions bronchiques sont tuberculeux. Les bronches ne sont pas dilatées; la droite présente un peu de rougeur, elle n'est point ramollie. La trachée et le larynx sont parsemés d'une foule de petites ulcérations. L'épiglotte est déformée, plus épaisse, comme racornie; elle présente aussi de petites ulcérations. Les deux replis muqueux aryteno-épiglottiques sont épaissis. Les cartilages du larynx ne sont point altérés.

Abdomen. A l'ouverture de cette cavité, il s'écoule une grande quantité d'un liquide séreux, transparent, presque incolore, et très-terne, qui ne contient pas de flocons albumineux. En achevant d'enlever la paroi antérieure, on aperçoit une tumeur considérable qui adhéraît à cette paroi au-dessus de l'ombilic, dans l'étendue de cinq à six centimètres carré; ces adhérences étaient faciles à détruire et paraissaient récentes. Dans toute la paroi antérieure, le péritoine paraissait épaissi; dans quelques points il offrait un aspect cartilagineux, on observait à la région ombilicale un orifice lisse, arrondi, résistant dans toute sa circonférence; la cavité avec laquelle communiquait cet orifice contenait de la sérosité; elle était traversée par plusieurs cordes d'apparence fibrineuse, et très-résistantes, ces cordes s'entrecoupaient les unes les autres du côté de la cavité abdominale, à la manière des colonnes charnues du cœur; c'était leur résistance qu'on avait sentie à travers la peau; il n'y avait pas dans la poche de prolongements épiplœiques.

Voici les rapports que présentait cette tumeur :

En haut elle répondait à la partie supérieure de la cavité abdominale au foie, au diaphragme et à l'estomac qui se trouvait placé sur un plan postérieur à celui qu'elle occupait, il en était de même du colon transverse.

En bas, elle reposait sur le détroit supérieur, plongeait dans le bassin et descendait plus bas à droite qu'à gauche; elle appuyait sur la face postérieure de la vessie; en arrière, elle recouvrait les intestins grêles et le mésentère; dans quelques points, elle offrait de légères adhérences avec ce dernier. En bas et à droite, elle adhéraît dans l'étendue de cinq à six centimètres à la fin de l'intestin grêle et au cœcum. Cette adhérence n'était pas immédiate; mais elle avait lieu par l'intermédiaire de lames péritonéales fort courtes.

En avant et au-dessus de l'ombilic, elle adhéraît à la paroi abdominale dans l'étendue de cinq à six centimètres comme nous l'avons dit; plus bas elle répondait à l'ombilic et à la

paroi abdominale, dont elle était séparée par une assez grande quantité de sérosité, mais dans toute sa moitié inférieure, l'utérus et les annexes étaient immédiatement appliqués sur elle.

Latéralement le kyste était séparé des parois abdominales par la sérosité ; mais avant que le ventre ne fût ouvert il devait se rapprocher plus des parties latérales à cause de la compression que lui faisait éprouver la paroi antérieure.

Une ponction fut faite par le vagin à deux reprises ; le ventre ouvert, et en déprimant la tumeur vers le bassin, un trois-quart ordinaire fut porté fortement en haut et à droite ; on vit s'écouler un peu de liquide analogue à du blanc d'œuf, et la canule fut retirée pour ne pas vider la tumeur.

Le foie a le volume, la forme et la consistance qui lui sont propres. La couleur est plus pâle ; il n'est pas gras. La vésicule biliaire contient une assez grande quantité de bile verdâtre, épaisse. Le pancréas est sain ; la rate est petite, d'une couleur un peu foncée, sa consistance est considérable. Les reins n'ont rien de particulier, si ce n'est que celui du côté droit est bien moins volumineux que le gauche, celui-ci ayant un volume normal ; les uretères n'offrent rien de particulier, si ce n'est que le droit est dans sa partie inférieure en rapport immédiat avec la tumeur. La vessie est vide ; elle est large et aplatie derrière les pubis ; sa membrane muqueuse est saine.

L'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle n'ont rien d'anormal, vers sa moitié inférieure l'intestin grêle présente des ulcérations d'abord rares et isolées ; plus bas elles sont multipliées ; vers la partie inférieure trois d'entre elles font le tour de l'intestin ; l'une d'elle a une hauteur de deux centimètres. On remarque aussi dans la partie inférieure de l'intestin grêle des tubercules placés dans son épaisseur. Le gros intestin est parsemé d'ulcérations nombreuses surtout vers sa partie supérieure.

La tumeur, extraite du ventre et placée sur une table, ne

présente pas de bosselures; elle est lisse dans la plus grande partie de son étendue; de la partie supérieure du ligament large gauche part une bride fibreuse qui va se porter en haut et en arrière de la tumeur en passant sur sa face antérieure.

La tumeur étant mesurée dans ses différents points, on obtenait les dimensions suivantes :

		mètres.
Circonférence transversale,		0,68
—	verticale	0,62
Diamètre	transversal	0,28
—	vertical	0,24
—	antéro-postérieur	0,12.

Le péritoine enlevé, on arrivait au kyste après avoir enlevé diverses lames fibreuses très-irrégulières, d'une épaisseur variable ; plusieurs s'attachaient aux côtés de l'utérus par une extrémité, au kyste par l'autre ; elles semblaient formées par le feuillet postérieur du ligament large qui se serait confondu avec le kyste ; l'utérus occupait la ligne médiane, son col était exactement vertical, le corps était incliné sur le côté droit du col ; il n'offrait point d'altération de consistance, ni de corps fibreux. L'orifice du col ne présentait rien de spécial ; par l'un et l'autre de ses bords l'utérus était uni à la tumeur par le moyen de lames fibreuses ; par son fond il lui adhérait de même ; la face postérieure était libre, et recouvrait un petit orifice d'un millimètre et demi de diamètre, à travers lequel s'échappaient de petits poils longs d'un centimètre environ ; leur couleur était foncée ; quelques-uns résistaient à la traction ; plusieurs, au contraire, semblaient ne pas adhérer.

Les mesures de l'utérus que nous avons prises nous ont donné le résultat suivant :

	mètres.
Longueur totale	0,155
Longueur du col	0,10
Longueur du corps	0,055
Largeur de l'utérus à son fond	0,6.

Du *côté droit*, le ligament rond était plus volumineux ; la trompe considérablement élargie à son pavillon, dont les deux extrémités adhéraient au kyste, tandis que la partie moyenne était libre, et présentait l'orifice du canal de la trompe dilaté. Dans sa plus grande largeur le pavillon de la trompe avait 7 à 8 centimètres, et 4 ou 5 dans son plus petit diamètre. Le ligament de l'ovaire était volumineux, long de 12 centimètres à peu près ; son épaisseur était de 6 millimètres au moins ; son extrémité externe se terminait nettement au kyste, qui semblait être l'ovaire entier développé.

Du *côté gauche*, le ligament rond n'offre rien de particulier, il est seulement plus épais. Le conduit de la trompe est allongé. A la moitié de sa longueur il contient une petite masse longue de 15 à 18 millimètres ayant un diamètre de 5 millimètres environ, et constituée par plusieurs petits lobes irréguliers confondus ensemble. Ces masses divisées ont l'aspect fibro-cartilagineux : dans une d'entre elles, on trouve une matière jaunâtre peu abondante, s'enlevant difficilement par le scalpel ; par un de ses côtés, cette masse adhère dans un point aux parois de la trompe, le pavillon de la trompe est allongé ; tout à fait déformées ses franges sont longues et inégales, l'une d'entre elles va se fixer à l'ovaire.

Le ligament de l'ovaire est long de 16 à 18 centimètres environ recourbé en bas, l'ovaire est pyriforme ; sa base reposait sur la partie interne de la fosse iliaque vers l'extrémité du diamètre transversal du détroit supérieur ; l'autre extrémité de l'ovaire est celle qui est adhérente au ligament ; elle offre à l'extérieur, l'aspect, la consistance de l'ovaire sain, tandis que la grosse extrémité paraît constituée par une poche qui serait l'une des vésicules de l'ovaire dilatée.

De l'un et l'autre côté, les vaisseaux utérins et ovariens, veines et artères, occupent une grande partie des ligaments larges, et de la face antérieure de la tumeur par

conséquent; ces vaisseaux sont très-volumineux, et présentent des flexuosités nombreuses.

L'ouverture de la tumeur ayant été faite sous les yeux de la société, on a trouvé que la ponction faite par le vagin après la mort avait pénétré dans un kyste assez vaste et que le point où le trois-quart avait pénétré était à 3 millimètres environ du bord droit de l'utérus, et à 15 millimètres au-dessus du museau de tanche; ce kyste, ouvert largement, avait environ de 12 à 15 centimètres de diamètre en tous sens: il était rempli d'un liquide analogue à du blanc d'œuf; sur ses parois on distinguait la saillie de plusieurs autres kystes voisins; sur la paroi qui répondoit à la face postérieure de l'utérus on retrouvait en haut la petite ouverture et le pinceau de poils qu'on avait déjà vus à la surface externe; ce pinceau était peu volumineux; plusieurs des poils paraissaient implantés sur le kyste, au niveau même de l'ouverture naturelle que l'on avait remarquée.

En examinant cette tumeur dans les différents points, elle présentait une quantité considérable de kystes de dimensions différentes; le plus étendu était celui dont nous venons de parler; les plus petits correspondaient au niveau de l'extrémité externe du ligament de l'ovaire; là, plusieurs kystes du volume d'une cerise étaient accolés les uns aux autres; il n'a pas été possible de découvrir en ce point quelques parties de l'ovaire qui fussent à l'état normal. La masse entière de la tumeur semblait être l'ovaire dont toutes les vésicules se seraient considérablement dilatées en mêmes temps que leurs parois se seraient épaissies à proportion; les parois en effet variaient d'un à 2 millimètres; dans beaucoup de points, elles semblaient formées par plusieurs lames fibreuses superposées. Elles ne présentaient pas d'incrustations cartilagineuses ou osseuses; le liquide était parfaitement semblable à du blanc d'œuf. Dans trois ou quatre il était plus épais, d'une couleur un peu plus foncée et mêlé à une matière jaunâtre, épaisse, consistante;

ayant beaucoup de l'aspect du miel. Dans les plus petits kystes la surface interne était lisse, dans quelques-uns on apercevait des ramifications vasculaires assez déliées.

L'ovaire gauche ayant été ouvert, on a trouvé à son extrémité externe un kyste ayant à peu près 4 centimètres de diamètre et rempli par une masse de poils d'une couleur chatain-foncé, excessivement fins, longs de 5 à 6 centimètres, roulés sur eux-mêmes et entremêlés d'une matière jaunâtre épaisse. Quelques-uns de ces poils étaient implantés sur le kyste, mais le plus grand nombre n'y était pas fixé ; la paroi externe de ce kyste n'a rien offert de spécial. L'épaisseur de la membrane qui le constituait était d'un millimètre environ.

Il nous semble résulter de cette observation :

1° Que l'hydropisie enkystée multiloculaire peut se développer assez rapidement ;

2° Que, si l'on peut regarder comme un moyen de diagnostic le développement de la tumeur dans l'un des côtés, ce qui du reste a déjà été contesté par M. Cruveilhier, ce signe ne saurait avoir une grande valeur puisque, chez le sujet de cette observation, l'ovaire gauche seul a donné quelques signes de son augmentation de volume, tandis que l'ovaire droit infiniment plus volumineux n'a rien présenté de semblable.

3° Que dans le cas d'hydropisie enkystée, se compliquant d'ascité, il est au moins fort difficile d'établir son diagnostic en se fondant sur la matité dans quelques points comparés à la sonorité dans les autres ;

4° Qu'une hydropisie enkystée de l'ovaire peut être formée par plusieurs poches parfaitement distinctes, sans pour cela donner lieu à des bosselures, puisque ici la tumeur sortie du ventre et placée sur une table n'en présentait aucune, et qu'elle ne faisait sentir une sorte de cloisonnement qu'en la faisant rouler sous les mains fortement

appliquées sur elle; et déjà l'un des kystes était en partie vidé;

5° Que par la ponction sur la paroi abdominale antérieure on était gravement exposé à blesser : sur la ligne médiane l'utérus, qui était exactement appliqué sur la tumeur avec laquelle il était remonté, et sur laquelle il avait subi un allongement considérable; et, sur les côtés, les vaisseaux, dont le volume était beaucoup accru, en même temps qu'ils décrivaient des flexuosités nombreuses;

6° Que par le vagin la ponction s'est trouvée extrêmement rapprochée de l'utérus, et que par elle il n'est pas sûr que l'on fût tout à fait à l'abri des lésions vasculaires;

7° Que cette affection peut durer de longues années sans donner lieu à des accidents de quelque gravité;

8° Qu'enfin, s'il est vrai que les kystes pileux soient le résultat constant d'une grossesse ovarique, il est assez remarquable qu'ils se soient développés dans l'un et dans l'autre ovaire à la fois.

Observation de purpura-hæmorrhagica avec lésions du cerveau et des reins,

Recueillie par M. P. JOUSSET.

Jules-Eugène Laumonier, âgé de 16 ans, peintre en bâtiments, né à Paris, demeurant rue Neuve-Chabrol, est entré le 7 décembre 1841 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madelaine, n° 40, dans le service de M. Récamier, remplacé par M. Tessier.

Pâle, et comme étiolé, les cheveux blonds-châains, les yeux bleus, la peau délicate, ce jeune homme paraît être d'une très faible constitution. Ce n'est que depuis quatre

ans environ, qu'il est peintre en bâtiments; avant cette époque, il était employé dans une fabrique de papiers peints; son état actuel l'occupe dehors toute la journée, le soir il couche dans une chambre très-humide, au rez-de-chaussée, avec deux autres personnes; il ne se nourrit pas bien. Il a eu la *scarlatine* il y a deux ans, et, sans cette maladie, il s'est toujours bien porté.

Il y a à peu près huit jours qu'il a été pris de coliques, de faiblesse qui l'empêchaient de marcher, et de douleurs dans les jambes; ces douleurs siégeaient surtout aux mollets. Il a cessé de travailler sans cesser pourtant de manger. Il ne s'est alité qu'à l'Hôtel-Dieu.

9 novembre. Aujourd'hui le malade a bien dormi, il a été à la selle sans dévoiement, il ne se sent pas très-faible, et n'a eu ni épistaxis ni aucune espèce d'hémorrhagie. — Chaleur un peu plus élevée qu'à l'état normal, peu profonde, sans persistance et sans âcreté, peau grasse; sueur qui ne quitte pas le malade depuis qu'il est couché. Sur sa poitrine, à partir du cou, se montrent des *petechies* disséminées, irrégulières dans leur forme, d'une teinte plus ou moins foncée; les unes rosées, les autres lie de vin; aucune ne s'effaçant sous le doigt. Ces taches existent aussi, quoique moins nombreuse, sur l'abdomen et sur les membres inférieurs; aux bras, on en aperçoit très-peu et elles sont très-pâles. Il n'y en a pas à la face. Au dos, on n'en rencontre que sur les omoplates. Au cœur, il y a un bruit de souffle au premier temps, et dans les carotides un bruit sourd légèrement soufflé; la respiration est d'ailleurs parfaitement pure; le poulx donne 92 pulsations, la langue est naturelle, la rate à l'état normal. Hier le malade a mangé *une portion*. — Traitement: pommes de terre crues, râpées avec du sucre, un verre de jus d'oseille le matin, limonade vineuse. (M. Recamier).

Les forces du malade sont en bon état, le poulx est à 108, (même traitement).

10. Le malade s'est levé hier, a mangé avec très-bon appétit, a bien dormi, un peu de chaleur douce et halitueuse, les pétéchiez pâlisent et disparaissent en partie. Le pouls est vite et donne 112. puls. le trait. est le même.

12. Même état; les pétéchiez disparaissent de plus en plus; le malade s'est levé une bonne partie de la journée; pas de dévoiement, peau encore légèrement chaude, pouls à 84, vite et mou.—Trait. le même; plus, eau ferrée et miel. ferrugineux; toujours deux portions.

13. Le malade se trouve toujours bien, il a peu dormi par une circonstance accidentelle; la peau chaude et halitueuse, puls. 116; même trait.

14. Hier, épistaxis très-légère; au reste le sommeil a été bon, et l'état est parfaitement normal, sauf le pouls, qui donne 112 puls. La chaleur de la peau est presque tombée.—3 portions, le traitement, est pour le reste, toujours le même.

Du 15 au 21. Le même état continue: la peau est toujours chaude, le pouls au-dessus de 104; même trait.

21. Le malade a eu hier, après quelques attouchements, une épistaxis peu abondante formée de sang *tres-coagulé* et sans couenne; le pouls est à 120; la chaleur est très peu élevée, le malade se sent un peu faible, pas de dévoiement, bruit de souffle dans les artères carotides et les brachiales; même trait., 4 port.

24. Chaleur et moiteur de la peau, éruption miliaire, blanche, abondante; le pouls est à 130; il est assez vite. Depuis deux jours, le malade a un peu de céphalalgie, la respiration continue à être pure; la rate remonte jusqu'au niveau de la 7^e côte.

25. Le malade a eu une épistaxis qui a rempli les deux tiers de son crachoir, le sang est séparé *en serum et en un caillot rougeâtre bien coagulé*. Cette épistaxis avait commencé hier au soir à 9 heures, et, quoi qu'on ait fait pour l'arrêter, le sang coule encore, le pouls est à 336, vite et

mon. Beaucoup de soif; pâleur terne générale du corps, paupières demi-closes, que le malade achève de fermer à chaque instant, chaleur de la peau encore assez marquée, moindre aux extrémités; langue sèche et brunâtre. — Trait., tamponnement des fosses nasales.

Les extrémités sont froides, le pouls est vermiculaire et donne 144 pulsations, 44 inspirations par minute, la respiration est haute et stertoreuse, l'hémorragie a très-peu continué hier, elle est entièrement arrêtée aujourd'hui. — Mort,

AUTOPSIE.

Le malade est mort d'hémorrhagie, et présente tous les signes de la mort par le cœur. Les organes sont pâles et décolorés. Le ventricule gauche du cœur est très-contraité et vide de sang. Les cavités droites et les veines caves contiennent du sang en petite quantité; il n'y a rien dans les poumons. Le foie est peu exsangue; les veines hépatiques seules contiennent un peu de sang non coagulé, le tronc et les branches de la *veine-porte* sont complètement vides. — La rate est volumineuse et d'une couleur rosée.

Les plaques intestinales sont saines et ne présentent qu'un peu de saillie. A la surface de la muqueuse intestinale, on voit une éruption folliculeuse très-abondante, sous la forme de petites saillies blanchâtres. Les intestins sont d'ailleurs décolorés.

Le cerveau d'une blancheur remarquable présente cependant un peu d'injection, la section du corps calleux fait reconnaître une foule de petites ecchymoses piquetées, analogues à des piqûres de puces et persistantes. Ces petites ecchymoses sont de grandeur et de couleur variables. Les plus grandes ne sont pas grosses comme un grain de chénevis, et les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu, ces dernières sont en bien plus grand nombre. Les unes sont d'un rouge vif, tandis que les autres sont déjà noires. Examiné à la loupe, chaque point ecchymotique, est entouré

d'un cercle jaunâtre, qui s'étend assez loin dans la substance cérébrale voisine; puis la coloration devient plus foncée en s'avancant vers le centre, qui est noir dans presque toutes les ecchymoses.

On trouve des altérations semblables dans tout le corps calleux et dans le centre ovale de Vicusens.

La substance des reins est décolorée; elle présente une foule de granulations blanchâtres, et une trentaine d'ecchymoses apoplexiformes. La plus grosse de ces ecchymoses égale le volume d'un petit haricot. Les granulations blanchâtres paraissent être d'ancienne date; quelques-unes présentent à leur centre, une petite ecchymose, qui paraît toute récente; les foyers sanguins, répandus dans la substance du rein, sont évidemment d'époques différentes: les uns, d'une couleur foncée, présentent quelques parties déjà blanches et décolorées; les autres sont d'un rouge plus vif et semblent plus récents.

La peau présente encore quelques pétéchies, tous les autres organes sont sains.

Le purpura hæmorrhagica (morbus maculosus Werthofii) est une maladie générale, caractérisée par la tendance aux hémorrhagies; c'est la forme aiguë du scorbut, dont il ne diffère que par la présence de la fièvre, et le siège des hémorrhagies, qui, dans le purpura, se fait plus spécialement sur la peau, et très-rarement par la muqueuse gingivale.

L'observation que nous rapportons est très-propre à prouver, que le purpura n'est qu'une forme du scorbut. En effet, le malade qui en est l'objet a été soumis aux causes du scorbut: mauvaise nourriture, humidité, encombrement; il en a eu les prodromes: sentiment de lassitudes, douleurs siégeant surtout aux mollets. Enfin il est mort d'une syncope lente comme presque tous les scorbutiques. Du reste MM. Cazenave et Schedel ont émis la même

opinion sur la nature du purpura. (Abrégé pratique des maladies de la peau, p. 472.)

Une conséquence qui ressort directement de notre observation, c'est que la théorie, qui explique le purpura et le scorbut, par le défaut de coagulabilité du sang, est ici en défaut, puisque la veille de sa mort, notre malade a perdu par la muqueuse nasale une grande quantité de sang, qui s'est coagulé spontanément. Il est vrai que le sang trouvé à l'autopsie était liquide; mais peut-on admettre, comme cause d'une maladie, un phénomène qui ne s'était pas encore manifesté l'avant-dernier jour de cette maladie? Evidemment, c'est prendre l'effet pour la cause.

Il nous a paru utile d'insister sur la lésion que nous présentait le cerveau, parce que nous n'avons trouvé que deux observations où elle soit bien décrite (Rayer, *Malad. de la peau*.) Puis enfin parce que cette lésion a la même apparence, que celle attribuée à la commotion cérébrale, (Voyez Bright, *Medical Report*, 11, p. 405 et les planches. La thèse pour le Doctorat M. J. P. Tessier) et que dans un cas de médecine légale, elle pourrait être un sujet de doute. Pour empêcher toute confusion à cet égard, il suffit de rappeler que, dans la commotion cérébrale, l'autopsie présente les signes de la mort par le *cerveau*, tandis que dans le purpura on rencontre les signes de la mort par le *cœur*.

Quant aux lésions des reins, elles nous ont présenté ceci de remarquable, à savoir : que l'on peut, jusqu'à un certain point, suivre dans quelques ecchymoses les évolutions du caillot, et sa transformation en granulations. Dans cette hypothèse, les granulations blanches du rein seraient dues à une hémorragie antécédente, et la scarlatine qui a frappé notre malade, il y a deux ans, serait l'époque de cette première hémorragie. Quant aux points ecchymotiques qui se rencontrent dans quelques-unes de ces granulations, nous les considérons comme des hémorragies récentes.

Nous donnons cette manière de voir comme une pure hypothèse qui a besoin de s'appuyer sur de nouveaux faits, mais qui ne peut être considérée comme inadmissible, puisque la nature suit souvent une marche analogue pour les productions du cancer, des tubercules, des loupes et autres produits morbides.

Extrait du Rapport de M. A. TARDIEU, sur M. JOUSSET.

Il importe de fixer l'attention sur l'état du poulx, parce qu'il me paraît avoir été, pour l'auteur de l'observation, la cause d'une interprétation que je ne partage pas. Le poulx a toujours été de plus en plus faible, mou et dépressible.

D'abord assez fréquent, à 80 pulsations, il a constamment été en augmentant de vitesse jusqu'au dernier moment. Le jour de la mort, il battait 144 fois. C'est sur cette vitesse sans doute que M. Jousset se fonde pour établir qu'il y avait fièvre, et intituler son observation *Purpura febrilis*. Vous trouverez avec moi que cette interprétation n'est pas suffisamment justifiée. Tous les faits consignés par les auteurs sous le nom de fièvre hémorrhagique sont caractérisés surtout par un mouvement fébrile général, précédant l'écoulement de sang. Ce mouvement fébrile lui-même ne consiste pas seulement dans la fréquence du poulx, mais surtout dans la pléthore et la réaction vive qui l'accompagne.

Il y a loin de cet ensemble de phénomènes à cette petite fièvre asthénique qui est le résultat d'un épuisement extrême des forces vitales; et il faudrait bien se garder de confondre l'une avec l'autre deux circonstances si différentes. D'un côté, tous les signes de la force et un mouvement fébrile général, avec un poulx dur et résistant, dont la fréquence diminue après l'hémorrhagie; le traitement antiphlogistique est celui qui convient ici. De l'autre, tous les symptômes d'une débilité qui n'était que trop apparente

chez le malade qui nous occupe, avec un pouls misérable dont la fréquence a au contraire augmenté à mesure que l'hémorrhagie rendait l'épuisement plus grand ; les toniques sont seuls indiqués. Et il faut ajouter que ces cas sont beaucoup plus graves que les autres. C'est aux premiers qu'il faut réserver le nom de *purpura hemorrhagica febrilis* ou *fièvre hemorrhagique*. (Rayer, Obs., 153.) Pour le second, auquel appartient le fait de M. Jousset, c'est tout simplement un *purpura hemorrhagica*, ou si l'on veut, un scorbut aigu, qui diffère du scorbut vrai, non pas par la fièvre, comme le pense l'auteur, mais seulement par la rapidité de la terminaison. Les sueurs qu'a présentées le malade ne sont pas en contradiction avec ce que nous avançons, car on sait qu'elles se lient fréquemment au dernier degré de la cachexie anémique.

Arrêtons-nous maintenant sur l'altération qu'ont présentée les reins et sur celle qui a été remarquée sur la muqueuse intestinale.

Après avoir attentivement étudié sur les pièces l'état des reins, nous croyons pouvoir ajouter quelque chose à la description qu'en a donnée M. Jousset. Outre des petéchie disséminées à la surface des taches ecchymotiques et de petits épanchements circonscrits ; ils offraient, dit-il, une décoloration générale, et de plus, une foule de granulations blanchâtres, sur lesquelles les détails descriptifs manquent. Voici quel était leur aspect : dans plusieurs points de l'intérieur des deux reins, mais seulement dans la substance corticale, on remarquait des parties tout à fait distinctes par leur couleur, de celles qui les avoisinaient. D'un blanc très-légèrement jaunâtre, elles tranchent sur le reste du tissu du rein, bien que celui-ci soit généralement pâle, et forment des taches plus ou moins larges dont quelques-unes ont le volume d'un gros pois. Elles ne sont limitées que par le changement de couleur des parties voisines.

Aucune enveloppe, aucun changement de texture ne les sépare. Leur consistance est exactement la même que celle de la substance corticale. Si on les incise, on ne voit pas que le tissu soit modifié autrement que dans sa coloration. Il est impossible de les isoler par l'enucléation. — En les examinant au microscope, on voit qu'elles sont composées comme le reste de l'écorce rénale de granulations et de tubes accolés, et sans variété de structure. Dans quelques-unes, on voit au centre de petits points ecchymotiques qui ont leur siège dans quelques-unes des plus petites granulations. Nulle part, ni pour la couleur, ni pour la disposition, ni pour la texture, ces taches que l'on ne peut pas appeler des granulations, n'ont aucun rapport avec des dépôts fibrineux, ni avec les véritables granulations de la néphrite albumineuse. Je ne crois pas qu'on puisse y voir autre chose qu'un amas de glandules de Malpighi (c'est-à-dire l'extrémité des artérioles rénales), développées et anémiées, rendues plus apparentes par l'affaissement des tubes de Ferrein.

Ces anémies partielles du rein ne sont pas rares et se rencontrent dans la plupart des maladies cachectiques, où les sujets succombent dans l'épuisement, comme dans la phthisie, ou pour citer un exemple mieux approprié, le scorbut. M. Rayer en rapporte un exemple frappant, par son analogie avec celui dont il est question. On voit que nous sommes loin d'adopter l'opinion de M. Jousset, qui veut que la différence d'aspect de la substance rénale tienne à des hémorrhagies multipliées et successives dont les unes sont déjà transformées en caillots fibrineux. Outre que l'observation anatomique elle-même s'oppose à cette manière de voir, elle a l'inconvénient d'obliger l'auteur à rattacher ces hémorrhagies déjà anciennes à la scarlatine datant de deux ans. Si les hémorrhagies rénales ne sont pas très rares dans cette maladie, je ne sache pas qu'on les ait jamais observées sous forme d'apoplexie, avec caillot dans

le tissu des reins et surtout de la substance corticale.—Et, je le répète, rien ici ne nous force à admettre une exception, puisque l'état du rein s'explique très-naturellement par une différence d'injection des vaisseaux qui le composent et que son aspect dépend d'anémies partielles, coïncidant avec des ecchymoses et des épanchements circonscrits.

Dans l'intestin, nous trouvons aussi une altération qui nous paraissait d'abord n'avoir pas grande valeur, mais qui n'a pas tardé à nous frapper, quand nous avons vu qu'elle se rencontrait fréquemment dans les observations de purpura dont on possède les autopsies. C'est une éruption folliculeuse très abondante sous forme de petites saillies blanchâtres, les intestins étant d'ailleurs décolorés. Cet état est décrit ailleurs : « une éruption folliculeuse des » plus prononcées, entièrement analogue à celle que l'on » remarque dans le choléra, » ou encore, « dans les gros in- » testins se dessinent une infinité de points rouges qui sont » des ecchymoses : d'autres, blancs à leur centre, sont des » follicules. » Et il est à remarquer que cette éruption ne s'est accompagnée dans aucun cas d'un surcroît de sécrétion. — Qu'est-ce donc que cette éruption ? Pour nous, nous sommes tout disposé à y voir une grande analogie avec la disposition que nous venons d'étudier dans le rein. Si l'on considère sa liaison avec l'anémie de l'intestin, suite d'une hémorrhagie mortelle, et, si l'on réfléchit à la structure anatomique de ce prétendu follicule dont personne ne contestera l'analogie avec celle des glandules de Malpighi, on ne sera pas éloigné d'admettre que leur développement peut très-bien tenir aux changements qu'éprouve le système vasculaire de l'intestin par suite d'une grande hémorrhagie, et qu'ils se rattachent eux-mêmes à l'anémie des tissus. Cette explication que je voudrais voir sanctionner par la société a au moins l'avantage de reposer sur les observations des faits et sur une analogie évidente.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

XVI. ANNÉE.

BULLETIN N° 12. — (Février. 1842.)

RÉDIGÉ

PAR MM. CONTOUR, DURAND-FARDEL, LIVOIS, OULMONT,
PIGNÉ, RENDU, ROGÉE, A. TARDIEU, TAVIGNOT et
GOSSELIN, secrétaire.

Compte-rendu des travaux de la Société Anatomique pendant l'année 1841, par M. L. GOSSELIN, ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la faculté, secrétaire de la Société.

MESSIEURS,

Au moment de vous exposer les travaux de la seizième année de la société anatomique, j'éprouve, comme tous ceux qui m'ont précédé dans l'accomplissement de cette tâche, un certain embarras pour vous la présenter dans l'ordre le plus méthodique et surtout le plus utile. S'agit-il en effet de rappeler seulement ici tous les faits qui ont passé sous nos yeux, sans nous arrêter à aucun d'entre eux, sans faire ressortir leur importance? Mais

alors je craindrais que cette simple énumération, sorte de table de matière, fût aussi stérile qu'elle serait fastidieuse. Faut-il au contraire m'arrêter seulement aux faits rares et curieux dont nous avons pu être les témoins pour les comparer entre eux, et aux faits semblables observés par d'autres auteurs, à d'autres époques? Ma tâche ainsi conçue offrirait certainement plus d'intérêt; mais peut-être deviendrait-elle trop longue, trop difficile, et surtout elle me ferait tomber dans un écueil que je dois nécessairement éviter, c'est-à-dire qu'elle ne me permettrait pas de rendre à chacun l'hommage auquel il a droit en ce jour solennel. Placé entre ces deux difficultés, j'essaierai de les éviter l'une et l'autre, je passerai tout en revue; mais signalant rapidement les travaux qui n'ont fait que confirmer des points déjà bien connus, je m'arrêterai au contraire sur ceux qui auront contribué à éclairer certains points encore obscurs; sans envisager ces derniers sous toutes leurs faces, j'essaierai surtout de montrer comment ils ont pu nous être utiles, comment ils pourront l'être aux autres : heureux si, en suivant cette marche, je savais vous dédommager de la bienveillante attention et de l'indulgence que je vous prie de vouloir bien m'accorder; heureux surtout si, après avoir étalé devant vous nos richesses, j'avais le droit de conclure que la société anatomique, toute modeste qu'elle est, toute modeste qu'elle doit rester encore, a cependant, cette année comme les années précédentes, payé largement son tribut à la science, et rendu d'incontestables services à ses membres, à tous ceux qui veulent se tenir au courant de ses travaux.

Si vous jetez avec moi un coup-d'œil rapide sur l'ensemble des communications faites à la société, nous verrons que cette année comme toujours l'anatomie normale a beaucoup plus rarement appelé notre attention que l'anatomie pathologique; ne vous en étonnez pas, Messieurs; car la raison en est toute simple : les objets dont

s'occupe l'anatomie pathologique sont variés à tout instant, chaque fait a un caractère spécial, une originalité propre, qui lui donne l'intérêt nécessaire attaché à toute espèce de nouveauté, et à cause de cela il mérite d'être enregistré avec soin. Au contraire, les faits dont se compose l'anatomie normale, sont réguliers et constants; nos études ont pour but de nous faire arriver à les connaître aussi exactement que possible, et alors ce n'est que de loin en loin, par suite de recherches spéciales, que des aperçus nouveaux dignes d'être enregistrés peuvent venir l'enrichir. Toutefois l'anatomie normale nous a plusieurs fois occupés, ainsi vous n'aurez pas oublié que, d'après une pièce présentée par M. *Demeaux*, l'on est en droit de croire à la structure musculaire du dartos, on peut admettre au moins que cette membrane est susceptible dans certains cas de revêtir la forme musculaire; de même nous devons à M. *Rendu* d'avoir tous vu sur un œuf humain, ce que l'on n'a pas souvent l'occasion d'y bien observer, savoir une vésicule ombilicale et des vaisseaux omphalomésentériques parfaitement évidents.

M. *Giraldès* nous a fait part de ses recherches sur les canaux et les glandes sudoripares de la peau, recherches qui, confirmatives de celles de M. le professeur Breschet, auront contribué à lever les doutes sur l'existence de ces organes (en supposant que ces doutes viennent un jour à disparaître pour tous les anatomistes).

M. *Depaul* nous a fait voir un négrillon mort-né, dont la peau était complètement noire; il résulte donc de ce fait que les enfants nés de parents nègres n'ont pas toujours, ainsi qu'on le pense généralement, la peau blanche au moment de la naissance.

M. *Bennett* d'Édimbourg a essayé de nous démontrer l'existence de filets nerveux observés par lui à la surface d'un cerveau; vous avez avec M. *Giraldès*, votre rapporteur, gardé vos restrictions sur ce fait qui a cependant une cer-

taine valeur; car M. Bennett s'appuyait de l'autorité des premiers anatomistes allemands qui avaient vu sa pièce, et adopté son interprétation.

M. Demeaux vous a fait voir encore une bourse synoviale placée en arrière du tendon du triceps; et enfin je vous rappellerai l'existence du périoste à la surface des cartilages diarthrodiaux du maxillaire inférieur et de la clavicule que j'ai essayé moi-même de vous démontrer sur plusieurs pièces.

De l'anatomie normale à l'anatomie pathologique, l'histoire des anomalies sert de transition; deux seulement vous ont été signalées; ainsi, dans une pièce présentée par M. Demeaux, chaque artère sous-clavière passait au-devant du scalène antérieur, au lieu de passer dans l'intervalle des scalènes; sur un cerveau qu'a montré M. Després, il y avait absence complète des nerfs olfactifs; malheureusement on n'avait pu avoir de renseignements sur le sujet qui avait offert cette particularité.

Quant aux faits si nombreux d'anatomie pathologique dont je dois maintenant vous présenter le tableau, je n'essaierai pas, messieurs, de les classer rigoureusement; je n'essaierai pas surtout de justifier une classification de préférence à une autre. Ce rôle, où j'échouerais sans doute, aurait l'inconvénient de m'entraîner dans une discussion qui serait ici au moins inopportune. Permettez-moi donc, sans me demander trop sévèrement compte de la marche que j'adopte, de vous rappeler d'abord les vices de conformation, puis les autres altérations que nous avons observées dans les divers systèmes ou appareils de notre économie.

1° *Vices de conformation.*—Sans m'arrêter aux détails relatifs à la tête du chevreau cyclocéphale que nous a montrée M. Pigné, je vous signalerai deux pièces intéressantes présentées par le même membre: dans l'une il s'agit d'un bec de lièvre sur lequel la bifidité du maxillaire supérieur

semblait avoir divisé en deux le germe de l'incisive latérale. Que vous admettiez cette explication, ou que vous préféreriez celle de M. *Mercier*, d'après laquelle l'incisive surnuméraire serait due à ce que la dent de lait est restée permanente, le fait n'en est pas moins curieux ; car il existait toujours deux incisives placées ailleurs que sur l'os intermaxillaire admis par un grand nombre d'anatomistes. Sur l'autre, on voyait une bifidité incomplète de la voûte palatine, le tiers antérieur seul était réuni, et il n'existait pas de division à la lèvre supérieure.

M. *Estevenet* vous a soumis la cuisse gauche d'une femme chez laquelle le corps du fémur manquait complètement ; les extrémités osseuses s'étaient développées, et il en était résulté un raccourcissement considérable du membre.

Vous n'avez pas oublié la position singulière des testicules dans une pièce présentée par M. *Conte*. Il semblait que ces organes primitivement placés dans le scrotum, comme l'indiquait le trajet des cordons spermatiques, avaient été refoulés dans l'abdomen, par suite de la réduction de deux hernies inguinales congénitales.

Vous n'avez vu qu'une seule pièce de pied-bot, mais elle était remarquable par l'atrophie de quelques-uns des muscles de la jambe et la conservation normale de quelques-autres. Cette pièce a fourni à M. *Froment*, qui vous l'a présentée, l'occasion de développements intéressants sur les mouvements du pied, et en particulier sur ceux du gros orteil ; et M. *Chassaignac* nous a donné l'interprétation de cette atrophie, en apparence si irrégulière, des muscles de la jambe ; le tarse était devenu immobile par suite de la difformité, ses muscles étaient donc atrophiés ; les orteils étaient restés mobiles ; leurs muscles étaient précisément ceux qui avaient conservé leur volume naturel.

Enfin je ne saurais trop appeler votre attention sur un dernier vice de conformation dont nous a rendus témoins

M. *Pigné* au nom de M. *Bodard*, je veux parler de ce spina bifida dans lequel la moëlle devenue adhérente à ses enveloppes et à la peau formait une grande partie des parois de la poche séreuse. Ce fait confirmatif des idées de MM. *Cruveilhier* et *Walther* sur la cause primitive du spina bifida, et un autre que je vous ai moi-même soumis, ont quelque intérêt à l'époque actuelle ; car chacun de vous a prévu quelle conséquence fâcheuse pourrait avoir en pareille circonstance le mode de traitement qui, dans des cas sans doute fort différents de ceux-là, a réussi à M. le docteur *Dubourg* de *Marmande*.

2^o *Maladies des divers systèmes et appareils.*

a. Dans le système osseux, nous avons observé un bon nombre d'altérations, les unes traumatiques, les autres organiques : parmi les premières je vous signalerai un nouvel exemple de fracture intrà-capsulaire du col du fémur sans raccourcissement, dont nous a parlé M. *Gaubric*. L'absence du raccourcissement était due à un emboîtement des fragments l'un dans l'autre, emboîtement tellement solide que la malade avait pu marcher. Trois cas de lésion du crâne vous ont été soumis : dans celui de M. *Chassaignac*, il y avait fracture de la voûte avec épanchement de sang considérable en dehors de la dure-mère, et, chose remarquable, malgré l'action d'une violence extérieure très-intense, les téguments étaient restés sains ; et, chose non moins remarquable, malgré la quantité du sang épanché, le malade n'a point offert de symptômes de compression. Dans un fait de M. *Gaubric* il y a eu écartement de plusieurs sutures du crâne sans fracture autre que celle de quelques dentelures ; sans cette dernière circonstance, qui n'avait pas été vue d'abord, ce fait contredirait entièrement l'opinion des chirurgiens qui ont regardé comme impossible l'écartement des sutures. Enfin dans un troisième fait présenté encore par M. *Gaubric*, on voyait plusieurs fractures à la base du

crâne; et en particulier sur la voûte orbitaire ; notre collègue a appelé votre attention sur cette circonstance, que l'épanchement sanguin s'était fait dans la cavité de l'orbite, mais ne s'était pas infiltré sous la conjonctive.

Trois exemples de luxation de l'épaule vous ont été soumis par MM. *Laborie*, *Gaubric*, et *Roussel* ; je vous signale particulièrement celui de M. Roussel, comme appartenant à une variété nouvelle que décrit M. Malgaigne sous le nom de luxation intra-coracoïdienne.

Les altérations organiques des os ont vivement excité votre intérêt; ainsi, vous vous souvenez que dans l'extrémité inférieure d'un fémur présenté par M. *Tavignot*, une dégénérescence encéphaloïde avait offert les signes d'une tumeur blanche; une dégénérescence de même nature a causé la fracture du corps d'un autre fémur montré par M. *Déséangs*; dernièrement encore, M. *Henri Guéneau de Mussy* nous a fait voir un encéphaloïde développé dans l'extrémité inférieure du même os ; le produit morbide s'étant ramolli, il en était résulté une vaste poche osseuse, circonscrite en bas par les cartilages diarthroïdiaux restés sains. Enfin, c'est aussi à l'encéphaloïde des os qu'il faut rapporter une intéressante pièce de fungus du crâne que vous a soumise M. *Belin*; cette pièce, confirmative des idées de *Walthers*, contradictoire de celles de *Louis* sur les fungus de la dure-mère, laissait voir en plusieurs points du crâne l'origine de l'altération dans le diploé; elle nous a valu d'ailleurs un rapport instructif de M. *Debrou* que vous avez entendu avec plaisir, et que tout le monde lira avec fruit.

Mais certaines altérations organiques des os ont plus particulièrement excité votre intérêt à cause des recherches et des discussions récentes dont elles sont devenues l'objet, je veux parler de la carie et de l'affection tuberculeuse; à notre époque, Messieurs, une grande révolution tend à s'opérer dans la pathologie du système osseux, révolution

qui aurait pour but de regarder toujours ou presque toujours l'affection tuberculeuse comme cause première de ces altérations que depuis les travaux de Louis on a coutume de désigner sous les noms de carie et de nécrose. Pour ce qui est du tubercule enkysté, il n'y a de doute pour personne; nous en avons observé un exemple dans les os du crâne montrés par M. Confour; il n'en est pas de même des tubercules infiltrés, si bien décrits dans ces derniers temps; mais à ceux qui douteraient encore de leur existence, nous rappellerions cette nécrose du tibia et du cubitus présentée par M. Delastre, qui devaient manifestement leur origine à une altération tuberculeuse, nous rappellerions surtout l'intéressante pièce de M. Bailly, dans laquelle on voyait de la manière la plus incontestable les deux formes d'infiltration si bien indiquées par M. Nélaton. Peut-être aussi est-ce à la même cause qu'il faut rapporter cette destruction avec luxation spontanée de l'atlas que nous a fait voir M. Comin. A ceux qui au contraire ne voudraient plus admettre de carie sans tubercules, nous rappellerions les deux exemples de mal de Pott, montrés par MM. Delastre et Tavignot, dans lesquels ni l'état général, ni l'état local n'ont permis d'admettre une origine de cette nature. A l'occasion du premier de ces faits, votre attention a été élevée sur un point encore en litige, savoir: si les fibro-cartilages intervertébraux peuvent devenir primitivement malades, ou s'ils ne le sont jamais que consécutivement à une altération des vertèbres voisines. La pièce de M. Delastre, les remarques de M. Tavignot, vous ont fait pencher vers la première de ces opinions, et ainsi vous avez été portés à donner raison à M. Nichet contre M. Nélaton et contre tous ceux qui n'ont pas voulu admettre l'altération primitive des fibro cartilages à cause de leur peu de vitalité. Toutefois ceci mérite encore un examen sérieux, et peut-être un jour la société anatomique sera-t-elle en mesure de donner une solution définitive à cette question.

Trois pièces de nécrose nous ont encore été soumises : par M. *Chassaignac* dans les fosses nasales, par M. *Delineau* sur les os du crâne, par M. *E. Cloquet* sur la quatrième côte; ce dernier fait vous a particulièrement intéressés, car le séquestre était libre au milieu d'un abcès de la paroi thoracique, et cependant rien pendant la vie n'a pu faire soupçonner l'existence de cette affection.

Enfin, nous devons à M. *Tavignot* l'exemple d'une altération qu'on n'a pas souvent l'occasion d'observer, c'est une infiltration purulente du fémur et du tibia dans leur substance spongieuse, trouvée sur un enfant qui avait été comme surmené. On a trouvé des abcès dans différentes parties du corps, en sorte que vous avez, avec notre collègue, attribué cette altération à une diathèse purulente.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de remarquer avec quelle facilité le tissu osseux s'hypertrophie par suite des maladies développées dans sa substance même ou dans les organes voisins : ceci est déjà bien évident pour les cas d'infiltration tuberculeuse ; ceci a été bien évident encore dans la pièce de M. *Rendu*, où l'on voyait un cancer développé au milieu d'un cal du fémur et circonscrit de toutes parts par une éburnation et une condensation de la substance osseuse ; mais cette hypertrophie n'a nulle part été plus singulière que dans une pièce de M. *Demeaux* sur laquelle tous les os de la face avaient considérablement augmenté de volume par le développement de tumeurs encéphaloïdes à l'extérieur, et dans les diverses cavités de cette région, en même temps que dans le crâne et dans le cerveau lui-même.

On nous a montré plusieurs fausses articulations du fémur, consécutives à des déplacements de cet os, et nous avons reconnu qu'il était souvent possible, à l'aide d'un examen attentif, de distinguer si la fausse articulation avait été la suite d'une coxalgie, d'une luxation traumatique, ou d'une luxation spontanée.

Dans la pièce de *M. Chassaignac*, par exemple, l'absence du ligament rond, le volume assez considérable de la tête du fémur et surtout les traces d'une ancienne inflammation ont fait penser que le déplacement avait été la conséquence d'une coxalgie; dans une autre de *M. Couturier*, la déchirure de la capsule articulaire et du ligament rond, ont fait croire à une luxation traumatique non réduite; il a cependant été possible de conserver quelques doutes à cet égard; et enfin dans la pièce de *M. Levieux*, la conservation et l'allongement du ligament rond, la disposition de la capsule en forme de sablière, le peu de volume de la tête du fémur, n'ont pas permis de douter qu'il s'agissait d'une luxation congénitale; ce fait est d'ailleurs important; car *M. Gaubric* nous a soigneusement fait remarquer dans son rapport, qu'il venait à l'appui des idées de *M. Bouvier*, sur l'irréductibilité des luxations congénitales.

Si vous avez vu dans la pièce déjà mentionnée de *M. Chassaignac*, la coxalgie se terminer par luxation spontanée, vous l'avez vue dans celle de *M. Tenain*, se terminer par une ankylose solide et complète; dans celle de *M. Ernest Cloquet*, amener la perforation du fond de la cavité cotyloïde; mais néanmoins dans ce cas, la tête du fémur n'aurait pu s'engager dans le bassin, parce que le périoste, habituellement si fort, de l'excavation pelvienne, avait subi un épaississement considérable qui y mettait obstacle.

B. Si nous passons maintenant aux altérations de l'appareil digestif, vous serez étonné, comme moi, Messieurs, de la richesse et de l'importance de nos matériaux; d'abord *M. Costilhes* nous a fait voir une gangrène des lèvres qui pourrait bien avoir eu pour cause le vice syphilitique dont se trouvait entachée la constitution entière de la malade; vous avez gardé quelques doutes sur cette interprétation à cause de la rareté du fait; elle ne mérite pas moins d'être enregistrée soigneusement, car peut-être de nouvelles observations viendraient-elles un jour en démontrer l'exactitude.

Vous avez vu sur une pièce de *M. Maseurel*, les désordres produits immédiatement dans les voies digestives par l'ingestion de l'acide sulfurique ; il y avait carbonisation de l'œsophage et de l'estomac ; et d'un autre côté vous avez été témoins d'un résultat fâcheux que produisent souvent les substances vénéneuses, quand elles n'ont pas été prises en assez grande quantité pour amener immédiatement la mort ; c'est le rétrécissement de l'œsophage : *M. Mazet* vous en a montré un exemple, *M. Boudet* un autre. Ce dernier confirmatif de quelques idées émises par le docteur Purton, était en effet remarquable par l'altération, sorte de digestion qu'avait subie une certaine quantité de lait dans la dilatation placée au-dessus du rétrécissement.

Nous avons été témoins de plusieurs affections cancéreuses de l'estomac : celle qu'a montrée *M. Milcent* coïncidait avec un cancer développé dans plusieurs autres organes. Celle que je vous ai soumise semblait consécutive à une altération de même nature du pancréas ; en tout cas une ulcération s'était étendue de l'un de ces organes à l'autre et avait érodé l'artère splénique, d'où était résulté une abondante hémorrhagie gastro-intestinale. Enfin, dans une pièce que nous faisait voir il y a peu de jours *M. Pigné*, la dégénérescence présentait les caractères du cancer colloïde ; des masses de même nature se rencontraient dans le mésentère et remplissaient l'épiploon.

M. Fauraytier nous a deux fois entretenu des cicatrices intestinales consécutives aux ulcérations de la fièvre typhoïde ; ses pièces ont démontré ce qu'ont admis déjà plusieurs pathologistes, et en particulier le docteur Berndt de Berlin, savoir que la cicatrisation peut s'opérer ici, non par le rapprochement des bords de la perte de substance, mais par l'adhérence de ceux-ci dans tout leur pourtour, en sorte que, la séreuse constituant presque seul le fond des cicatrices, d'une part elles offrent un enfoncement, et d'une autre part, la paroi intestinale se trouve

singulièrement amincie à leur niveau. Il reste à savoir maintenant si ce mode de cicatrisation est toujours le même dans l'intestin, et s'il n'a pas lieu aussi quelquefois par le développement des granulations, et un mécanisme analogue à celui des autres solutions de continuité.

Dans l'intestin grêle, M. *Renauldin* nous a fait remarquer un développement considérable des follicules chez un malade qui avait succombé aux symptômes du choléra sporadique. M. *Lambron* nous a fait voir une entérite terminée par gangrène, et M. *Comin* nous a entretenus d'un fait semblable dans lequel la gangrène a été suivie de perforation. Mais je ne saurais trop vous faire remarquer, Messieurs, deux cas d'étranglement interne, dont il y a jusqu'ici peu d'exemples dans la science. Dans l'un, montré par M. *Jamain*, l'étranglement a été produit par un diverticule de l'intestin grêle qui avait contracté des adhérences avec les appendices épiploïques du colon descendant; dans l'autre, présenté par M. *Gaubric*, c'est une bride formée par la trompe, l'ovaire et le ligament rond du côté gauche qui est venue adhérer à la vessie et former une sorte de pont sous laquelle s'est engagée et étranglée une anse intestinale considérable.

Parmi les maladies du foie, ou de ses annexes, j'ai à vous signaler un exemple de kystes séreux en grand nombre qui avaient remplacé tout le lobe gauche de l'organe; (ce fait est dû à M. *Boucher*); une tumeur de nature difficile à caractériser, que M. *Barth* a trouvée sur le bord antérieur du foie, et qui ressemblait assez bien à une tumeur érectile; des encéphaloïdes en grand nombre développés dans le même organe, et qui semblaient avoir écarté plutôt qu'envahi le tissu hépatique, comme nous l'a fait remarquer M. *Pigné* en les présentant. Mais je dois surtout fixer votre attention sur deux affections remarquables communiquées par M. *Lambron*: dans l'une il s'agissait d'abcès probablement idiopathiques du foie avec phlébite des veines

sushépatiques ; dans l'autre on voyait une phlébite bien évidente de la veine-porte causée par une arête de poisson, qui, après avoir franchi les parois de l'estomac, est allée malheureusement s'engager dans la grande veine mésentérique.

Plaçons à côté de ce fait si bizarre, un autre aussi singulier, quoique un peu moins rare, dont nous a entretenus M. *Becquerel*. Je veux parler de cette péritonite causée chez un enfant par le passage de vers lombrics dans le péritoine à travers une perforation de l'appendice cœcal. Un de ces vers était allé voyager jusque dans l'arrière-cavité des épiploons ; deux autres, n'ayant pu se dégager en même temps, se trouvaient étranglés par l'ouverture de l'appendice, la fermaient et empêchaient ainsi l'épanchement stercoral dans la séreuse. Du reste, la discussion qui s'est engagée à l'occasion de ce fait, a encore laissé incertaine la question de savoir si la perforation a pu être la conséquence de morsures faites par les entozoaires ou si elle ne serait pas tout simplement la suite d'une inflammation qu'aurait déterminée leur présence.

Messieurs, si les faits précédents sont de nature à nous instruire, quel enseignement ne trouvons-nous pas encore dans les communications relatives aux hernies ! Ainsi nous avons vu sur une pièce de M. *Maunoury* une collection purulente dans un ancien sac herniaire qui avait cessé de communiquer avec le péritoine, et notre collègue nous a surtout fait remarquer les difficultés du diagnostic ; les symptômes locaux et généraux, les renseignements antérieurs avaient pu faire croire à beaucoup de personnes qu'il s'agissait d'une hernie étranglée ; M. Roux reconnut au contraire la nature de l'affection, et se contenta d'inciser pour donner issue à la matière purulente. Un autre fait communiqué par M. *Costilhes*, n'est pas moins intéressant sous le rapport du diagnostic. Il s'agissait d'une hernie graisseuse ; des accidents propres à faire croire à un étranglement se déclarèrent et décidèrent le chirurgien à pratiquer

l'opération de la hernie ; il croit avoir réduit une masse épiploïque, et l'autopsie vient montrer que la tumeur était seulement une hernie graisseuse, qu'on avait refoulée en haut, sans ouvrir le péritoine. Les accidents et la mort ont été causés par une péritonite indépendante de la tumeur en question. On a vu du reste sur cette pièce et sur une montrée par M. Chassaing une disposition signalée depuis long-temps, mais toujours utile à connaître, savoir que la masse adipeuse avait, en descendant, entraîné avec elle le péritoine auquel elle adhérait et l'avait ainsi disposé en forme de sac tout prêt à recevoir une anse intestinale. M. Roussel nous a montré une hernie de l'S iliaque du colon, remarquable par la facilité avec laquelle le sac tout entier rentrait dans le ventre au moment de la réduction. Mais quoi de plus curieux surtout que les quatre pièces de hernie présentées par M. Demeaux ! Dans l'une on voyait du même côté deux hernies crurales et une inguinale ; dans une autre il s'agissait de deux hernies inguinales accidentelles placées du même côté ; dans la troisième c'était une hernie du cœcum qui avait comme servi de sac à une hernie de l'intestin grêle ; la dernière enfin était accompagnée d'un kyste à parois osseuses rempli d'une matière qu'il était impossible de caractériser. et contenu dans une poche celluleuse communiquant avec la cavité du sac herniaire ; et tout cela rempli des détails intéressants que le temps ne permet pas de vous rappeler ici, mais qui sont appelés à faire de la description de ces pièces si curieuses, un complément nécessaire à l'histoire des déplacements intestinaux.

C. — Si de l'appareil digestif, nous passons à l'appareil respiratoire, nous trouvons encore un certain nombre de communications qui resteront dans nos souvenirs, comme nous ayant aussi fourni d'utiles enseignements. D'abord, dans le larynx, M. Contour nous a soumis les voies aériennes de deux enfants morts du croup, après avoir subi

l'opération de la trachéotomie ; chez tous deux, la production pseudo-membraneuse s'étendait depuis la bouche et l'arrière-gorge jusque dans les dernières ramifications bronchiques ; c'est à cette circonstance, qui s'est rencontrée un bon nombre de fois, et que la société a trop souvent en l'occasion d'enregistrer, qu'il faut attribuer l'insuccès de la trachéotomie, dans un grand nombre de croupes. Deux exemples de laryngite striduleuse nous ont été montrés : dans celui de M. *Becquerel*, on trouvait en même temps cette altération du rein, qu'a décrite M. *Rayer*, sous le nom d'hydronéphrose, et dans celle de M. *de Villebon*, on avait cru à un faux croup, on avait fait la trachéotomie, et l'enfant avait succombé ; on avait eu quelque peine à s'expliquer sa mort, et peut-être M. *Guérard* nous en a-t-il indiqué la vraie cause, en faisant remarquer, avec M. *de Villebon*, que le malade avait été soumis, plusieurs jours de suite, à une diète trop rigoureuse pour son âge.

Vous n'oubliez pas, Messieurs, ces cicatrices montrées par M. *A. Tardieu*, dans la trachée-artère d'un sujet qui avait offert, pendant long-temps, les symptômes de la morve chronique. Cette altération, qu'on n'avait encore observée que sur les chevaux, est importante ; car elle tend à établir de plus en plus l'analogie entre la morve du cheval et celle que l'on décrit chez l'homme depuis quelques années.

Dans le poumon, M. *Houel* nous a présenté un exemple de communication établie entre cet organe et le foie ; on l'avait attribuée à un abcès de ce dernier, ouvert dans le poumon ; mais l'examen consciencieux de vos commissaires, MM. *Lambron* et *Poumet*, ont fait voir qu'au lieu d'un abcès, il s'agissait d'une tumeur hydatique, s'étant portée de l'un de ces organes vers l'autre. Nous devons à M. *Boucher* un nouvel exemple de fistule réno-pulmonaire consécutive à un abcès du rein, qui s'est fait jour du côté

de la poitrine. M. *Boudet* nous a communiqué un exemple de gangrène du poumon ; M. *Milcent* nous a entretenus d'un fait assez rare, c'est celui d'une caverne pulmonaire communiquant avec un foyer considérable de la région dorsale ; il y avait, dans ce point, une tumeur sur laquelle l'oreille appliquée entendait un gargouillement des plus prononcés, la communication existait au niveau de la partie postérieure du premier espace intercostal. Mais aurait-on cru que l'affection tuberculeuse du poumon, qui s'est déjà montrée aux pathologistes sous tant de formes variées, viendrait, cette année, nous présenter une forme nouvelle ? Il en a été ainsi, cependant, car l'emphysème du cou et de la poitrine, consécutif à la perforation d'une caverne pulmonaire, dont nous a parlé M. *Lhommeau*, est, je crois, un fait à peu près unique dans la science.

Signalons en passant deux pièces de transformation cartilagineuse de la plèvre, qu'ont apportées MM. *Picard* et *Coutourier* ; je veux seulement vous rappeler à propos de ces faits, une juste remarque de M. *Barth*, c'est que cette transformation cartilagineuse envahit, non pas la plèvre elle-même, mais une fausse membrane de la plèvre.

Une discussion importante s'est élevée au sein de la société, à l'occasion de l'insufflation pulmonaire et de ses conséquences possibles chez l'enfant nouveau-né. M. *Depaul* avait été obligé de la pratiquer dans un cas urgent, la mort était survenue néanmoins, et il apportait les poumons qu'il trouvait sains, en preuve de l'innocuité de l'insufflation. Au contraire, M. *Piédagnel* a cru voir dans ces organes de nombreuses déchirures ; de là, nous tirerons déjà cette conséquence ; que de semblables observations sont difficiles à bien faire, et exigent une attention scrupuleuse ; mais M. *Piédagnel* a encore ajouté une juste remarque, c'est qu'il est presque impossible d'apprécier, en pareil cas, l'état des vésicules pulmonaires, sans les avoir préalablement insufflées et fait dessécher.

Rangeons ici, pour nous conformer à l'usage reçu par les anatomistes, deux exemples importants d'encéphaloïde du corps thyroïde, montrés par M. *Gaubric*. C'est là, vous le savez, Messieurs, la forme la plus rare du goître; mais ces faits sont en outre précieux, par le soin qu'a pris notre collègue de bien examiner l'état des nerfs récurrents en rapport avec la tumeur, et de rapprocher de cet état les symptômes observés du côté de la respiration : dans la première de ces pièces, les nerfs récurrents étaient environnés de toutes parts, mais non atrophiés par le tissu accidentel, et l'on a pu trouver là l'explication des accès intermittents de suffocation qu'éprouvait le malade; il y avait sans doute excitation de ces nerfs, et par suite contraction spasmodique des muscles de la glotte. Dans la seconde pièce, le nerf récurrent gauche était dégénéré et considérablement atrophié; faut-il attribuer la suffocation non intermittente d'ailleurs à cette cause, ou bien au volume de la tumeur, plus considérable que dans le cas précédent? Je ne puis m'étendre ici sur l'utilité de semblables observations, faites avec soin; je me permettrai seulement d'engager ceux qui auraient à leur disposition des pièces du même genre, à bien examiner si l'état des nerfs récurrents n'expliquerait pas les accidents offerts du côté de la respiration. La physiologie du larynx pourra gagner beaucoup à cet examen.

D. — J'arrive au système circulatoire, et je trouve d'abord plusieurs affections du cœur : une hypertrophie considérable de cet organe se rencontrait sur une pièce montrée par M. *Bourdon*; il y avait tout à la fois agrandissement notable des cavités, avec épaissement de leurs parois, insuffisance de la valvule mitrale, rétrécissement de l'orifice pulmonaire, et insuffisance de ses valvules. Dans un autre fait de M. *Boucher*, l'hypertrophie existait seulement sur le ventricule gauche; il y avait rétrécissement de l'orifice aortique et insuffisance de ses valvules;

l'auscultation avait fait reconnaître un bruit de souffle au premier temps. Sur une pièce que M. *Chassaignac* avait rencontrée dans les amphithéâtres, on voyait une dilatation considérable des cavités droites, coïncidant avec un rétrécissement très-marqué de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Je recommanderai surtout à votre attention un second fait de M. *Bourdon* ; je veux parler de cette adhérence entre elles de deux valvules sigmoïdes aortiques, par leur bord libre ; ces valvules ne pouvaient donc ni s'élever ni s'abaisser complètement, et ainsi cette seule cause avait déterminé le rétrécissement de l'orifice et l'insuffisance des valvules ; toutefois on n'avait trouvé de bruit de souffle qu'au deuxième temps. Dans un dernier fait de M. *Blanchet*, il y avait aussi rétrécissement de l'orifice aortique et insuffisance de ses valvules, mais ces dernières n'avaient pas contracté d'adhérences entre elles.

Deux exemples de péricardite nous ont été soumis par MM. *Bourdon* et *Renauldin* ; dans l'un et dans l'autre, il était résulté de l'inflammation de la séreuse, une adhérence complète des feuillets opposés, et cette circonstance, surtout dans le fait de M. *Renauldin*, a empêché de reconnaître l'affection pendant la vie, malgré tout le soin avec lequel on avait ausculté la région précordiale.

Nous n'avons point, cette année, observé d'anévrisme de la crosse de l'aorte ; mais, par compensation, nous avons vu trois anévrysmes de l'aorte thoracique, qui, tous trois, nous ont offert des variétés de cette maladie : dans le fait de M. *Renauldin*, la tumeur avait usé la partie latérale du corps de plusieurs vertèbres dorsales, mis à nu et comprimé la moëlle épinière, enfin, produit une paraplégie, remarquable surtout par les sensations alternatives de chaleur et de froid, qui se faisaient sentir aux membres inférieurs. Dans un autre fait rapporté par M. *Blanchet*, la tumeur n'avait pas acquis un volume aussi considérable que dans le cas précédent, et néanmoins elle s'est ouverte dans

la bronche gauche, et a déterminé subitement la mort par hémoptysie. Enfin, la pièce de M. *Demeaux* présentait les caractères de l'anévrysme disséquant, et, comme cela arrive si souvent, elle n'avait pas été reconnue pendant la vie.

Comme dernier exemple de maladie des vaisseaux, je dois vous signaler ce curieux anévrysme traumatique de l'une des branches musculaires de l'artère fémorale, qu'a montré M. *Ch. Tardieu*. Cet anévrysme, développé dans la paroi d'un abcès, avait paru, en outre, au bout supérieur de l'artère coupée dans tout son calibre par l'instrument vulnérant.

E. — *Maladies du système nerveux*. — Plusieurs fois nous avons vu dans l'encéphale des altérations assez rares, curieuses au point de vue de l'anatomie pathologique, mais qui vous auront frappés, surtout par l'incertitude et les difficultés du diagnostic : ainsi, sur la tête d'un enfant montrée par M. *Tavignot*, aurait-on pu savoir à l'avance, malgré l'absence des facultés intellectuelles, qu'on trouverait une vaste poche séreuse remplaçant toute la partie supérieure des hémisphères cérébraux et le corps calleux ? De même, chez cet autre enfant qu'a observé M. *Legendre*, et qui n'était ni paralysé, ni dépourvu de ses facultés intellectuelles, aurait-on pu soupçonner qu'il s'agissait d'un kyste pseudo-membraneux, occupant la cavité arachnoïdienne, et enveloppant toute la surface du cerveau ? Dans un autre fait communiqué par M. *Boudet*, c'était un kyste sanguin intra-arachnoïdien, comme le précédent, qui occupait toute la partie supérieure de l'hémisphère gauche, et cependant le malade avait été paralysé des deux côtés à la fois ; vous connaissez, Messieurs, l'intérêt qui s'attache à ces kystes intra-arachnoïdiens, vous savez que la société s'en est souvent occupée, et qu'elle a certainement contribué à éclairer leur histoire ; cette année encore une question importante a été soulevée, mais non

résolue, car elle est une des plus difficiles de la physiologie pathologique; c'est celle de savoir si, comme l'ont pensé MM. *Boudet* et *Durand Fardel*, la pseudomembrane est propre à exhiler le sang contenu dans la poche, ou si ce liquide ne vient pas plutôt de l'arachnoïde et ne traverse pas les parois du kyste pour arriver dans sa cavité, comme l'ont pensé MM. *Barth* et *Pigné*.

Souvenez-vous encore de deux tumeurs, l'une cancéreuse et tuberculeuse, l'autre exclusivement cancéreuse, que vous a présentées M. *Raymond*. Dans les deux cas, c'est le lobe antérieur du cerveau qui a été envahi par l'altération; et cependant la première a donné lieu seulement à de vives douleurs, et à une contracture passagère des membres; la seconde, au contraire, a causé une hémiplegie complète.

La même irrégularité de symptômes s'est fait remarquer dans les trois exemples de tubercules du cervelet qui nous ont été communiqués : dans un premier fait de M. *Contour*, le tubercule occupait l'hémisphère gauche de cet organe; il y a eu des érections et des convulsions dans les membres du côté droit. Dans un deuxième fait de M. *Contour*, il n'y a ni érections ni convulsions, mais le tubercule du cervelet, qui coïncide avec une altération de même nature des os du crâne, donne lieu à un épanchement séreux dont la mort est bientôt la conséquence. Enfin, dans un troisième fait, qui appartient à M. *Becquerel*, il survient d'abord une paraplégie, puis, comme dans le cas précédent, un épanchement séreux, mais qu'il serait possible d'attribuer à une compression exercée par la tumeur sur le sinus droit de la dure-mère.

Joignez à ces faits un exemple de ramollissement général du cerveau qui nous a été montré par M. *Milet*, et qui a fourni à M. *Durand Fardel* l'occasion de nous exposer, dans un rapport, le résultat de ses belles et consciencieuses recherches sur le ramollissement; les ecchymoses du

corps calleux, trouvées par M. Jousset sur un malade, qui avait d'ailleurs un *purpura hæmorrhagica*, et vous aurez ainsi l'idée de toutes les altérations de l'encéphale qui nous ont été soumises.

Parmi les maladies de la moëlle, une seule nous a été montrée par M. Pigné, c'était une mélanose développée au centre même de cet organe; je n'insisterai pas sur la congestion de la moëlle, existant dans les deux cas de tétanos dont nous a parlé M. Lambron; car il y a toujours à savoir si cette congestion est la vraie cause des accidents tétaniques, ou si plutôt elle n'est pas consécutive à la gêne de la respiration qui survient presque toujours en pareille circonstance.

J'ai également à vous signaler une seule altération des nerfs consistant en une atrophie de la troisième paire, par une compression qu'exerçait sur elle dans l'intérieur du crâne, une tumeur cancéreuse primitivement développée dans le sphénoïde; vous devez cette communication à M. Milcent.

J'arrive maintenant, Messieurs, à un petit nombre d'altérations observées dans les organes des sens; toutefois il en est une d'un grand prix, parce que plusieurs auteurs l'ont mise en doute; c'est un exemple de cataracte noire qu'a montré M. Chassaignac; ce fait est incontestable, et n'a laissé aucun doute dans l'esprit de ceux qui l'ont vu. M. Bourgoing nous a fait voir une carie du rocher, avec destruction du nerf facial et d'une partie du pavillon de l'oreille. Dans la peau M. Depaul nous a montré deux cas d'éruption vésiculeuse chez les enfants nouveau-nés qu'il a rapportés au pemphigus, et qu'il a regardés comme de nature syphilitique. Nous devons à M. E. Cloquet l'exemple d'une de ces tumeurs *fibro-celluleuses* enkystées, que l'on a désignées sous le nom de névrôme. Elle s'était développée sous la peau du genou, et était devenue le siège de douleurs très-vives qui avaient nécessité son ablation. En-

fin je donnerai place ici à un épanchement sanguin sous les téguments et le périoste du crâne d'un enfant de 3 ans, que nous a montré *M. Tavignot*; cette tumeur, que notre collègue a rapprochée du céphalœmatôme avait reconnu une cause traumatique, elle était formée de caillots disposés par couches successives dont les plus superficielles étaient les plus denses.

F. Nous n'avons plus qu'à parcourir les altérations observées dans l'appareil génito-urinaire : pour le rein, je vous signalerai, outre la fistule réno-pulmonaire de *M. Boucher*, sur laquelle je ne reviens pas, un cancer considérable de cet organe trouvé par *M. A. Tardieu*, sur un sujet qui présentait des tumeurs de même nature dans le foie, les deux poumons, et à la surface du ventricule gauche du cœur. *M. A. Tardieu* nous a encore montré une maladie de Bright observée sur un malade qui est mort d'une hémorrhagie cérébrale; il a eu soin d'appeler votre attention sur cette curieuse coïncidence qui peut-être pourra s'expliquer un jour par un véritable rapport pathologique.

Dans la vessie, *M. Hélot* nous a soumis un calcul occupant le bas-fond de cet organe, et se prolongeant dans l'intérieur de son col, sur une autre pièce un cancer de la paroi postérieure. Nous devons aussi à *M. Figuières* un exemple de cancer de la vessie; mais dans ce cas, l'ulcération du produit morbide avait établi une communication entre le réservoir urinaire et l'S iliaque du colon; formant ainsi ce que l'on a décrit sous le nom de fistule vésico-intestinale. *M. Demeaux* nous a fait voir une vessie pourvue de plusieurs de ces poches surnuméraires que forme la hernie dans la membrane muqueuse à travers les fibres musculaires; et nous n'oublierons pas les curieux détails donnés à l'occasion de cette pièce par *M. Mercier*, sur les dispositions vicieuses du col, qui rendent difficile l'émission des urines, et sont une cause fréquente de la forma-

tion de ces poches accessoires. Enfin deux cas de perforation de la vessie vous ont été communiqués : dans celui de M. *Tavignot*, la lésion avait été causée par des tentatives de lithotritie chez un enfant; dans celui de M. *Boucher*, elle avait été la suite d'une gangrène, causée sans doute elle-même par l'emploi des sondes à demeure.

Dans l'urèthre, M. *Tavignot* nous a rendus témoins d'un prolapsus de la muqueuse de ce canal, chez une petite fille; fait important, car on a mis en doute la possibilité de ce prolapsus. Rappelez-vous en outre un exemple de fistules uréthrales, chez l'homme dont nous entretenait dernièrement M. *Gaubric*; l'existence de ces fistules a fait prendre pour un abcès urinaire une tumeur molle qui s'est montrée au périnée, et qui n'était autre chose qu'un abcès stercoral indépendant de la maladie des voies urinaires.

Parmi les organes génitaux de l'homme, le testicule montré par M. *Rendu*, était curieux, parce que, après avoir été étranglé dans l'anneau inguinal, il est devenu le siège d'une dégénérescence fongueuse qui a nécessité son ablation. Nous devons en outre à M. *Veyne*, deux exemples de cancer du pénis.

Parmi les organes génitaux de la femme, M. *Costilhes* nous a soumis une matrice complètement cancéreuse trouvée sur une femme de 28 ans seulement, et M. *Maisonnevè* nous a fait voir l'utérus également cancéreux qu'avait enlevé complètement M. *Récamier*. Dans une pièce de M. *Depaul*, la matrice avait été déchirée au moment de l'accouchement, et enfin nous devons à M. *Gaubric*, deux exemples de tumeur fibreuse du même organe; dans le premier la tumeur était pédiculée et implantée sur le col, dans le deuxième elle était à large base, toutes deux intéressaient et par leur examen anatomique et par les difficultés qu'elles avaient offertes au diagnostic.

Deux belles hydropsies enkystées de l'ovaire nous ont été présentées par MM. *E. Cloquet* et *Guignard*; l'une et

l'autre ont appelé votre attention par divers points importants, sur lesquels il serait trop long de m'étendre ; à côté de ces faits, j'appellerai seulement ce kyste de M. *Lambrown*, simulant si bien une hydropisie de l'ovaire, mais qui en était indépendant, et qui s'était développé entre l'utérus et le rectum.

C'est ici que je dois rappeler quelques communications relatives au fœtus ou à ses enveloppes : un placenta hydatique montré par M. *Piédaguel*, une maladie du même organe difficile à caractériser, et que M. *Depaul*, en la présentant, a regardée comme la cause de l'avortement. Nous devons encore à M. *Depaul* deux faits intéressants : une fracture du crâne du fœtus survenue pendant une version, et une altération de la veine ombilicale qu'on pourrait regarder comme une phlébite de ce vaisseau.

Tels sont, Messieurs, les faits nombreux d'anatomie pathologique, que la Société a soumis cette année à notre instruction, et pourtant ma tâche n'est pas entièrement accomplie ; car il est encore de mon devoir de vous rappeler plusieurs communications verbales dans lesquelles l'anatomie pathologique ne jouait qu'un rôle secondaire. Ainsi notre président nous a rendu compte d'une ectopie congénitale du cœur ; cet organe étant placé hors de la poitrine, il lui a été possible d'examiner ses battements, et d'arriver à quelques idées nouvelles sur ses bruits. Vous avez entendu avec intérêt les détails relatifs à une épidémie de suette miliaire, dont nous a entretenus M. *Pigné*, et enfin M. *Cruveilhier* nous a encore parlé d'un purpura hæmorrhagica accompagné d'hémorrhagies graves, qu'il a fait rapidement disparaître par l'emploi des acides.

Je termine ici l'exposé de nos travaux, j'ai dû les effleurer rapidement, mais peut-être en ai-je dit assez pour que vous ne doutiez ni de leur importance, ni des enseignements qu'ils nous ont fournis. Faut-il ajouter que la Société anatomique rend tous les jours de nouveaux services

à la science ? Vous n'en doutez pas non plus, Messieurs; car chaque année elle rassemble une quantité à peu près égale de matériaux, qui, s'ajoutant aux matériaux des années précédentes, rend leur collection de plus en plus précieuse, et de plus en plus recherchée; il n'en peut être autrement, car toute publication dont l'observation exacte fait presque tous les frais est appelée à réussir; l'histoire de la médecine nous en offre à chaque instant des exemples; la plupart des auteurs célèbres ont pris l'observation pour base de leurs écrits, et les plus fructueux sont ceux où l'on trouve consignés un grand nombre de faits. Loin de moi la prétention de comparer nos modestes travaux à ceux des grands hommes dont la science s'honore; mais enfin, n'est-ce pas toujours le même champ que nous exploitons ? Ne sont-ce pas les mêmes instruments qui sont à notre disposition ? Si le génie, si le talent nous manque, du moins nous avons pour y suppléer, le zèle et l'ardeur de notre âge, nous avons surtout la bonne foi et la conscience; voilà, Messieurs, et je suis fier de le dire en votre nom, ce qui a fait jusqu'ici le cachet particulier de notre publication; voilà ce qui a donné à nos réunions ce caractère de franchise et de loyauté si dignement représenté dans la personne de notre illustre président. Ces qualités continueront à ne pas nous manquer; je suis sûr d'être votre interprète à tous, en l'avancant hautement; marchons donc toujours dans cette voie honorable, Messieurs, elle nous a été tracée par nos prédécesseurs devenus aujourd'hui nos maîtres; nous la montrerons nous-mêmes à ceux qui viendront après nous; et ainsi, la Société anatomique grandira sans cesse en se perpétuant, et ainsi, vous aurez comme moi la conviction, que sa prospérité présente est un gage assuré de succès plus grands dans l'avenir.

Éloge funèbre de M. Andral (Antoine), par M. DENEUX.

MESSIEURS ,

Plusieurs d'entre vous , amis de celui dont nous déplorons aujourd'hui la perte, auraient mieux que moi accompli la tâche que je me suis volontairement imposée ; en me conformant à cette pieuse et touchante idée, qui a fait consacrer tous les ans une partie de la séance annuelle à la mémoire de nos amis morts, je vous demande la permission de vous entretenir quelques instants, d'un de nos collègues, récemment enlevé à la science , à sa famille et à ses amis ; je n'envisage pas une pareille tâche , comme une vaine formalité ; c'est un devoir que je viens remplir, c'est un dernier hommage, une dette sacrée de reconnaissance et d'amitié , que je dois à la mémoire de celui qui fut pour moi, un ami sincère, un maître judicieux et éclairé.

Antoine Andral naquit à Espédaillac, département du Lot, dans le courant de l'année 1805, d'une famille fort estimée, qui avait de l'aisance, mais non de la fortune ; son père, médecin distingué, occupé par une nombreuse clientèle, ne pouvait diriger l'éducation première de son enfant ; aussi, dès l'âge le plus tendre, il fut confié aux soins d'un vieux prêtre qui, tour à tour bienveillant et sévère, administrait, avec la même prodigalité, les récompenses et les punitions ; c'est ainsi, sous la direction, ou pour me servir de son expression , sous la férule du vénérable pasteur, qu'Andral apprit à lire et à écrire, et qu'il fut en état d'entrer au collège de Cahors, lorsqu'il n'avait encore que 9 ans.

Doué d'une belle intelligence, d'une merveilleuse facilité, les facultés d'Andral se développèrent rapidement, et, au bout de quelques années , l'enfant *indocile* et *ignorant*, était déjà plein d'instruction ; il devint une des gloires du collège ; on citait ses succès pour exciter l'émulation de ses

condisciples ; son immense facilité lui permettait de faire marcher de front l'étude du grec et du latin, l'histoire et la littérature, avec un prodigieux succès; aussi, à tout égard, méritait-il d'être regardé comme le meilleur élève; ses qualités morales n'en étaient pas moins parfaites, et ceux qui l'ont connu pendant cette partie de sa vie se rappellent, avec plaisir, le charme qui résultait des relations intimes qu'on avait avec lui.

Andral, à 18 ans, après avoir terminé ses études au collège, n'eut pas à réfléchir longtemps sur la carrière qu'il devait embrasser; son frère aîné était, à cette époque, un des élèves les plus distingués de l'école polytechnique, il restait seul par conséquent pour succéder à son père dans la carrière médicale; aussi son choix était fait d'avance ; des considérations particulières déterminèrent Andral à partir pour Paris; il ne doutait pas, en effet, qu'il ne trouverait, dans la personne de son oncle, M. Andral père, une protection toute paternelle, des conseils sincères et dévoués; il arriva à Paris en 1823, pour commencer l'étude de la médecine; son oncle lui fit un accueil des plus affectueux; sa maison devint pour lui une seconde famille. M. Andral fils, alors agrégé, aujourd'hui professeur, et une des gloires de cette faculté, fut chargé de diriger le jeune étudiant; les conseils et les exemples de l'illustre professeur, qui était son guide, ne lui permettaient pas de se fourvoyer, aussi étudia-t-il avec méthode et avec discernement.

Dès la première année, Andral suivit les hôpitaux, et, en peu de temps, on put voir chez lui une grande aptitude pour les études médicales, pour la chirurgie en particulier; il suivait assidûment, à l'Hôtel-Dieu, les leçons de Dupuytren; à la Charité, celles de Boyer, et jeune encore il suivait avec intérêt la lutte engagée entre deux écoles rivales, toutes deux également célèbres; Andral n'hésita pas longtemps pour faire choix d'un maître: l'illustre

Boyer avait toutes ses sympathies; il se rangea sous sa bannière, et il fut, il faut le dire, un de ses meilleurs élèves, un des plus fidèles partisans de ses doctrines. L'ouvrage de l'illustre professeur l'avait séduit jusqu'à l'admiration; aussi l'avait-il lu plusieurs fois, et en avait-il fait un résumé complet; il regardait la connaissance de cet ouvrage comme la base fondamentale de toute éducation chirurgicale; l'enthousiasme qu'il avait ne s'est du reste jamais démenti, car, quelque temps avant son départ de Paris, un de ses élèves lui demandait quel ouvrage il fallait étudier pour apprendre la chirurgie : — Le livre de Boyer, lui répondit Andral. — Je l'ai lu en partie, dit l'élève, je l'aurai bientôt terminé. — Eh bien, reprit Andral, il faudra le recommencer.

Andral fut nommé externe en 1826, et comme vous le pensez bien, il chercha à se mettre sous la direction de celui qu'il avait choisi pour maître; par l'intermédiaire de son oncle, il l'obtint facilement, et il regarda cette place comme une faveur insigne; la fréquentation de ce grand chirurgien le lui fit aimer encore davantage, et par un travail assidu, il put se présenter avec succès au concours de l'internat en 1828: dès qu'il eut obtenu ce nouveau titre, il voulut encore retourner auprès de M. Boyer; mais cette fois ce fut sans protection intermédiaire; le maître avait distingué l'élève, il l'accepta avec empressement; aussi Andral, après une année d'internat à l'hôpital de Bicêtre, dans le service de M. Murat, fut admis en qualité d'interne chez les professeurs Roux et Boyer.

Pendant ses quatre années d'internat, Andral avait montré des qualités chirurgicales éminentes; autant il fut ardent pour la science, autant il montra de dévouement pour le soulagement de ses semblables; je vous demande la permission de vous citer un fait qui mieux que mes paroles, vous démontrera, je l'espère, la vérité de ce que j'avance.

Lorsqu'en 1830 au mois de juillet, les hôpitaux étaient

encombrés de malheureux blessés, l'un d'eux avait reçu à l'épaule une blessure qui avait déterminé une hémorrhagie très-grave, et qui nécessita la ligature de l'artère axillaire; quelques jours se passent, une hémorrhagie consécutive se manifeste, le malade mourait anémique sous les yeux du chirurgien; la formation du caillot ne pouvait avoir lieu, le sang avait perdu toute plasticité; un seul moyen paraissait offrir quelques chances de succès, c'est la transfusion du sang; Andral présente son bras, et se laisse ouvrir la veine; malheureusement sa tentative désespérée ne fut pas suivie de succès, le malade succomba peu de temps après.

En 1832, lorsque le choléra décimait la population de Paris, Andral était interne à l'hôpital de la Pitié; je ne vous parlerai pas des services qu'il a rendus dans cette circonstance; mais qu'il me soit permis de lui donner après sa mort, la part d'éloges qu'il a mérités, conjointement avec tout le corps médical. C'est en 1832 qu'il a été reçu membre de notre société.

Pendant ses années d'internat, Andral fut souvent préoccupé de son avenir; son père le pressait de retourner dans sa famille; d'un autre côté, l'ambition avait germé dans son cœur; des études sérieuses, des succès antérieurs, la connaissance du monde, lui laissaient pressentir une carrière brillante au sein de la capitale; aussi en 1832, sans consulter son père, dans le simple but de mesurer ses forces, il concourut pour la place d'aide d'anatomie; cette tentative, qui n'était qu'un essai, fut assez heureuse pour l'encourager, et en 1833 un second concours fut couronné de succès, il fut élu aide d'anatomie; cette nomination fut pour lui un événement bien heureux; car son père n'avait plus désormais aucun prétexte pour le rappeler auprès de lui.

Andral suivit avec persévérance la voie qu'il se proposait de parcourir; en 1836, il fut nommé prosecteur, et peu de temps après il soutint devant la faculté une thèse

brillante pour obtenir le grade de docteur; en 1838 il a concouru pour une place de chirurgien du bureau central des hôpitaux; à la fin de cette même année, il a commencé le concours d'agrégation, pour la section de chirurgie; c'est après deux épreuves brillantes de ce concours qui lui assuraient une des premières places parmi les élus, qu'Andral, déjà épuisé par les veilles prolongées, par un travail opiniâtre, a ressenti les premières atteintes de la maladie qui devait l'entraîner dans la tombe; pendant trois mois j'ai été constamment auprès de lui, témoin de ses souffrances; confiant de son désespoir, j'ai eu à supporter pendant ce temps un spectacle bien douloureux: il connaissait la gravité de la phthisie pulmonaire, il en éprouvait les symptômes, et les appréciait à leur juste valeur; souvent, cherchant à se tromper lui-même, il passait des heures entières à rêver; presque toujours il arrivait à une théorie favorable de sa maladie qui lui laissait entrevoir des chances de guérison; mais le prestige ne tardait pas à disparaître; quelques symptômes imprévus venaient lui rappeler l'horrible idée de tubercules. Rentré dans sa famille au mois de mars 1839, les progrès de sa maladie, le désespoir de ses parents, ne lui ont plus laissé d'incertitude sur la gravité de son état; et au mois de mars 1840, il m'écrivit en ces termes: « Si je n'écris pas à mes amis, dites-leur » de me pardonner; je ne fais rien; je ne pense à rien » qu'à ma dernière heure. Songez, que s'il est quelque » chose de pénible sur la terre pour un médecin, c'est de » mourir phthîsique, à 35 ans, au milieu de sa famille; » les soins assidus dont il a été l'objet, semblaient avoir ralenti les progrès du mal, lorsque au commencement de l'hiver 1840 la maladie reparut plus intense que jamais avec tout son cortège de symptômes, et notre infortuné collègue est mort le 22 février 1841 après une agonie de deux mois, je dirais presque de deux années; depuis long-temps déjà il voyait sa fin prochaine; aussi il était familiarisé avec l'idée de la

mort; il a montré dans ses derniers moments une résignation toute chrétienne et jusqu'à son dernier soupir, il a prodigué des consolations à sa pauvre mère.

Éloge funèbre de M. Voisin (de Limoges), par M. le docteur BARDINET, membre correspondant de la société.

Messieurs,

Parmi tous les bons souvenirs qui me sont restés de la Société anatomique, il en est un qui se représente souvent à mon esprit, et que je n'accueille jamais qu'avec émotion ! c'est celui de l'affection et des regrets dont vous entourez, chaque année, la mémoire des collègues que la mort nous a ravis.

Le plus souvent, les quelques années dont une voix amie vous retrace l'histoire, sont moins remarquables par les résultats qu'elles ont produits, que par les espérances qu'elles avaient fait naître. La Société anatomique n'est pas de celles qui fournissent à leurs panégyristes de longues carrières à raconter, de vastes travaux à énumérer, de nombreux succès à rappeler : une vie à son début, quelques essais inachevés, des espérances pour l'avenir : tout cela brisé par la mort ! Tel est le triste sujet que l'on a trop souvent à développer devant vous !

Et cependant, jamais votre religieuse attention ne se lasse ! et le récit de la fin prématurée d'un collègue excite toujours en vous sympathie et respect !

Un ancien membre de la Société anatomique, un ancien interne des hôpitaux, le docteur Voisin, de Limoges, est mort cette année loin de vous ; mort à 36 ans !

Après avoir témoigné de votre estime pour ses talents et son caractère, en l'admettant parmi vous ; après avoir accueilli avec faveur les nombreuses communications qu'il

vous a faites plus tard, j'ai pensé que vous ne refuseriez pas à sa mémoire une dernière marque d'estime.

Permettez-moi donc, Messieurs, de vous rappeler rapidement les principales circonstances de sa vie, et veuillez m'être indulgents.

Les amis de Voisin se rappellent encore ses succès de collège et cette richesse d'organisation qui le faisait réussir avec un égal bonheur dans la pratique des arts d'agrément, dans l'étude des sciences et des lettres. Je n'aurais pas mentionné cette supériorité d'enfant, dont je suis loin de m'exagérer l'importance; mais peut-être convient-il de la signaler comme la première cause de cette confiance en ses forces, qu'on lui a plus tard trop amèrement reprochée!

Voisin avait 19 ans quand il partit pour commencer à Paris ses études médicales. En peu de temps, il sut se faire distinguer de notre savant et vénérable président, son compatriote; après quelques années de travail, il se présenta au concours pour l'*internat*; un brillant succès le récompensa des efforts qu'il avait faits pour atteindre ce but.

Quelques mois après, il fut nommé membre de la Société anatomique. Cependant le *cholera-morbus* envahit la France, éclate à Paris. Voisin était alors interne à Saint-Louis. Il redouble d'attention, de dévouement et de zèle. Sans cesse au lit de ses malades, il les soigne et les observe à la fois, conciliant ainsi les intérêts de la science et ceux de l'humanité.

Pourquoi faut-il que cette époque si honorable pour Voisin soit considérée, par ses proches, comme une époque fatale dans sa vie? Les fatigues sans nombre qu'il eut à supporter jetèrent le premier trouble dans une santé qu'on avait jusqu'alors jugée inaltérable, et quand il arriva quelques mois plus tard, à Limoges, il éprouva les premières atteintes de la maladie qui devait le conduire au tombeau. Sa constitution, si robuste, résistait cependant, et

longtemps on put croire qu'il sortirait sans peine de l'état maladif dans lequel on le voyait tombé. Son courage, d'ailleurs, lui tenait lieu de forces, et, quand, après une indisposition sérieuse, on le voyait se relever pour remplir ses fonctions, on ne voulait pas croire qu'il y eût dans son état quelque chose de grave.

Malheureusement l'énergie morale ne peut suppléer que pour un temps à la vigueur physique ! Cette lutte continue contre la souffrance ne pouvait avoir qu'une fin déplorable. La figure pâle de Voisin, son regard languissant, sa tenue indécise indiquaient assez qu'il n'était plus l'homme jeune, fort et ardent des années précédentes !

Quelques jours après, avant sa mort, une douloureuse mission l'obligea de venir déposer devant la Cour d'assises : il avait à raconter les derniers moments d'un jeune homme tué en duel !... Quand il parut, ses amis furent effrayés de son air abattu, et quand il prit la parole, à la lenteur de son expression, au vague de ses souvenirs, il fut aisé de reconnaître que la funeste influence du mal étouffait cette intelligence si vive, cette parole si facile qui le distinguaient autrefois. — L'infortuné, en effet, éprouvait depuis plusieurs jours une indisposition grave ; il avait voulu quitter son lit de douleur pour se rendre où le devoir l'appelait, et, quand il eut fini sa déposition, les forces lui suffirent à peine pour retourner chez lui ! Comme celui dont il venait de raconter les derniers instants, il devait sortir jeune encore de la vie ; mais il n'en devait sortir, plus malheureux, qu'après plusieurs jours de souffrances et de douloureuse agonie !

Pour ceux d'entre vous qui ont connu *Voisin*, je n'ai pas besoin de dire tout ce qu'il y avait en lui de bonté d'âme, de franchise, de précieuses qualités du cœur. Tous ceux qui l'ont vu de près l'ont aimé ; tous ceux qui ont pu lire dans son cœur chériront toujours sa mémoire. Doué d'une organisation intellectuelle des plus riches, d'une re-

marquable aptitude au travail et d'une énergique persévérance, *Voisin* ne voulait pas rester dans la foule des hommes médiocres, et vous savez que, pour certains hommes, un pareil vouloir équivaut au succès!... Malheureusement, il n'a pas été donné à notre infortuné collègue de développer tout ce qu'il y avait en germe dans sa féconde intelligence. La mort est venue l'arrêter, alors que, profitant d'une expérience chèrement acquise, il était en mesure de produire ses travaux les plus remarquables. — *Voisin* est mort à l'âge de 34 ans. — Voyons donc maintenant ce qu'il a fait pendant le trop court espace de temps qu'il lui a été permis de consacrer à l'étude et à la pratique de son art.

Un long mémoire sur les *tumeurs blanches* fut sa première production. Dans ce travail, qui indique à la fois un esprit sage et un observateur attentif, *Voisin* s'élève contre la facilité déplorable avec laquelle on se laisse aller à amputer des membres que l'on eût pu conserver avec un peu plus de soins et de patience. En même temps, il s'inscrit en faux contre les cures merveilleuses qu'on attribuait alors à l'iode. Il avait suivi avec soin le service de M. Lugol, et avait bien reconnu que le médicament favori de ce médecin était loin de posséder les vertus surnaturelles qu'on a été pendant quelque temps sur le point de lui accorder.

Voisin publia quelque temps après, sur le *choléra-morbus*, un mémoire qui se fait remarquer par une symptomatologie des plus exactes, et par un exposé aussi complet que sagement critique des divers modes de traitement dont on a fait usage à l'hôpital St-Louis. Ce travail fut distingué des nombreux écrits que le choléra-morbus avait fait naître. Les journaux de médecine en firent un grand éloge et signalèrent son jeune auteur comme devant rendre un jour de grands services à la science.

Voisin revint l'année suivante à Limoges. Peu de temps après il fut nommé chirurgien de la maison centrale de détention, et eut occasion d'observer, dans cet établisse-

ment, une épidémie de *fièvres bilieuses* sur laquelle il a publié un mémoire important. Je ne puis pas entrer dans un examen détaillé de ce travail qui, pour avoir été écrit sous l'influence trop exclusive des idées de *Stoll*, n'en est pas moins une étude remarquable, aussi consciencieuse que nettement exposée. *Voisin* fut d'ailleurs le premier à reconnaître que son opinion devait être, sous quelques rapports, modifiée, et dès 1834, il écrivait « quant aux émétocathartiques qu'on pouvait, l'an dernier, prodiguer impunément dans tous les cas, il fallait être fort réservé dans leur emploi cette année, où l'élément inflammatoire était venu se joindre à l'élément bilieux qui régnait seul l'an passé. L'usage des émétiques aggravait presque indubitablement les accidents, pour peu que le tube digestif fût phlogosé; la crainte de faire du mal m'avait fait presque renoncer aux purgatifs et au tartre stibié. »

Certes, ce n'est pas là le langage d'un de ces observateurs passionnés qui n'admettent rien à l'encontre de leur première impression, et qui ne savent pas reconnaître d'exceptions à des formules trop absolues! *Voisin* reçut d'ailleurs, à propos de son mémoire, de flatteuses marques d'estime. M. Ferrus ayant été chargé de faire un rapport à l'Académie royale de Médecine sur les maladies qui règnent dans les maisons de détention, cita le beau travail de *Voisin* avec les plus grands éloges, et le proposa pour modèle.

L'infirmierie de la maison centrale est une mine que *Voisin* a largement exploitée pendant les quelques années qu'il l'a eue à sa disposition. Il y avait puisé les éléments d'un mémoire fort étendu sur la *dysenterie*. Ce travail, qui est encore inédit, repose sur un grand nombre d'observations et d'autopsies recueillies avec un soin extrême. L'article relatif à l'anatomie pathologique a été publié dans les bulletins de la *Société anatomique* et fait vivement désirer que tout le mémoire soit publié en un corps d'ouvrage.

Voisin avait terminé, peu de temps avant sa mort, un long mémoire statistique sur la maison centrale de détention. Malheureusement, ce mémoire est resté dans les cartons du ministère, et je n'en puis donner ici qu'une simple indication.

J'allais oublier qu'il a publié, dans la *Revue du Centre*, une série d'articles dans lesquels, après avoir exposé la théorie de Gall, il en fait une réfutation pleine de finesse et de force. Ces articles cependant méritent qu'on les distingue, car ils sont à la fois une œuvre de style, de logique et de science !

Les divers travaux que nous venons de citer prouvent tout ce qu'il y avait de talent et d'amour de la science chez notre collègue. Ce ne sont pourtant pas là ses plus beaux titres à notre estime et à nos regrets. C'est surtout comme opérateur que Voisin s'est fait distinguer ; tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre savent qu'il exécutait avec un sang-froid admirable les opérations les plus graves de la chirurgie. Je ne puis rapporter ici tous les faits de sa pratique qui sont dignes de remarques ; mais je citerai quelques opérations qui me paraissent de nature à faire voir ce dont il était capable.

Voisin a pratiqué un grand nombre d'amputations et d'opérations simples qu'il n'a pas publiées ; plusieurs fois il a enlevé la lèvre inférieure affectée de cancer, et fait une heureuse application de l'autoplastie pour combler la perte de substance qu'il avait été forcé d'établir. On se rappelle encore dans le pays, avec un sentiment d'effroi, les circonstances tragiques au milieu desquelles M.T..., du Pont-Rompu, avait eu la mâchoire inférieure fracassée par un coup de feu. Voisin fut appelé pour traiter ce cas grave : soixante esquilles, une moitié de balle et trois débris de plomb, sortirent successivement à travers les parties molles divisées. Le malade n'en guérit pas moins, et la consolidation de la mâchoire fut parfaite.

Une jeune fille avait cessé d'avoir ses règles depuis cinq ou six mois; son ventre augmentait de volume, et déjà l'on parlait de grossesse; Voisin explore la matrice et reconnaît qu'elle est le siège d'une collection de liquide, il porte la pointe d'un bistouri sur cet organe, y fait une ouverture à travers laquelle s'écoulent 14 onces de pus!

Le 10 septembre 1835, Voisin est appelé près d'une femme de Benon, qui avait depuis treize jours un étranglement herniaire. Plusieurs médecins avaient été appelés, et tous avaient reculé devant une opération dont ils n'osaient rien espérer; Voisin fut plus confiant dans son habileté chirurgicale et dans les ressources de la nature; il pratiqua l'opération, et quinze jours après la malade était complètement rétablie!

Vous savez, Messieurs, quels sont les accidents terribles qui peuvent survenir pendant les opérations que l'on pratique à la partie antérieure du cou. Voisin ne les ignorait pas, et pourtant il eut le courage d'enlever des tumeurs fibro-cartilagineuses considérables, développées aux dépens des corps thyroïde; deux fois je lui ai vu pratiquer cette opération, qui fut toujours conduite avec adresse et suivie de succès.

L'ablation du maxillaire supérieur est à coup sûr une des opérations les plus hardies de la chirurgie moderne. Voisin l'a pratiquée deux fois avec succès! je lui ai servi d'aide dans une circonstance, et j'ai pu juger par moi-même de son inaltérable sang-froid.

Plusieurs fois aussi Voisin a pratiqué l'opération césarienne, et s'il n'a pas eu le bonheur d'arracher la mère à un trépas presque inévitable, il a du moins sauvé l'enfant.

La dernière opération importante que nous avons à signaler est une *ligature de la carotide primitive*, qui fut exécutée par Voisin, en présence de plusieurs confrères, avec une extrême facilité. Les suites immédiates furent des plus heureuses, mais un ramollissement du cervelet enleva le malade dix-huit jours après l'opération.

Les faits que je viens de rapporter dénotent dans Voisin une grande hardiesse chirurgicale ; ses débuts, cependant, n'avaient pas été de nature à lui donner le goût des opérations, et il ne fallait rien moins qu'une force de caractère comme la sienne, pour persister dans une carrière qui s'ouvrait sous de si fâcheux auspices. Voisin a pratiqué plusieurs fois la taille hypogastrique, et il employait en dernier lieu des procédés d'une extrême simplicité. Mais la première fois qu'il exécuta cette opération, le hasard voulut qu'il eut affaire à un calcul *vésico-prostatique*, composé de deux moitiés à peu près sphériques, réunies par un étranglement, et contenues, l'une dans la vessie, l'autre dans la prostate; le malade succomba peu de temps après l'opération, et l'autopsie fit voir qu'une partie seulement du calcul avait été extraite : la portion prostatique était restée en place. Laissez-moi vous dire en quels termes Voisin s'exprimait à ce sujet : « Je fus tellement découragé par la funeste issue de cette opération (c'était mon début dans la carrière chirurgicale) que je résolus d'ensevelir dans le plus profond oubli jusqu'à la dernière trace de mon insuccès. La tardive réflexion est venue corriger les déterminations de l'amour-propre, et j'ai compris que, dans les sciences, les fautes servent de leçons mieux encore que les succès ; c'était un devoir pour moi de publier la mienne! »

Cet aveu si digne, d'une faute qu'excusait parfaitement la disposition tout à fait anormale des parties, fait honneur à la loyauté scientifique de notre collègue. J'ai voulu le rappeler parce qu'il montre que, si Voisin disait ses succès, il avouait aussi ses revers, et ne travaillait pas seulement pour sa réputation personnelle, mais aussi pour la science!

Tels sont, Messieurs, les travaux scientifiques de notre infortuné collègue : ils suffisent pour honorer les trop courtes années qu'il a pu leur consacrer.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LES BULLETINS DE L'ANNÉE 1844.

XVI^e ANNÉE.

A.

Abcès du dos communiquant avec une caverne pulmonaire,	266
Abcès ouvert dans l'intérieur du rachis,	12
Abcès dans un ancien sac herniaire,	44
Abcès de la paroi abdominale communiquant avec l'intestin,	77
Abcès stercoral au périnée,	209
Absence des nerfs olfactifs,	140
Absence du corps du fémur,	173
Anévrysme faux consécutif d'une branche musculaire de la cuisse,	174
Ankylose d'un fémur par M. Tenain,	216
Anomalie de l'artère brachiale,	11
Anomalie des branches de l'aorte,	172
Anus (imperforation de l') par M. Dequevauviller,	141
Aorte descendante (anévrysme de l') par M. Renaudin,	95
Aorte thoracique (anévrysme de l')	297
Atlas (luxation spontanée de l')	235

B.

<i>Bailly</i> . Mal de Pott,	269
<i>Bardinet</i> . Éloge funèbre de Voisin (de Limoges),	359
<i>Barth</i> . Note sur un laryngite syphilitique,	38
<i>Id.</i> Duplicité de l'utérus et du vagin,	46
Bec-de-lièvre avec bifidité de l'incisive latérale,	209
<i>Becquerel</i> . Laryngite striduleuse et hydronéphrose,	139
<i>Id.</i> Vers lombrics sortis par une perforation de l'appendice cœcal,	169

<i>Becquerel.</i> Tubercules du cervelet,	207
<i>Belin.</i> Fongus du crâne,	150
<i>Bennett</i> (d'Édimbourg) nerfs particuliers à la surface d'un cervelet,	89
<i>Blanchet.</i> Hypertrophie du ventricule gauche du cœur,	225
<i>Bodard.</i> Observation de spina bifida,	257
<i>Boucher.</i> Hypertrophie du ventricule gauche du cœur,	44
<i>Id.</i> Kystes séreux du foie,	76
<i>Id.</i> Gangrène de la vessie,	139
<i>Id.</i> Absès du rein ouvert dans le poumon,	173
<i>Id.</i> Ténia entier,	210
<i>Boudet.</i> Rétrécissement de l'œsophage,	45
<i>Id.</i> Rapport sur une hydropisie enkystée de l'o- vaire,	121
<i>Id.</i> Kyste sanguin intra-arachnoïdien,	137
<i>Bourdon.</i> Hypertrophie générale du cœur,	44
<i>Id.</i> Péricardite chronique,	74
<i>Id.</i> Péricardite aiguë sèche,	107
Bourse synoviale en arrière du tendon du triceps,	298

C.

Cal récent de l'humérus,	43
Calculs de l'urèthre,	12
Calculs développés entre le prépuce et le gland par M. Demeaux,	179
Carie de la colonne vertébrale (mal de Pott)	43
Cataracte noire,	208
Cerveau (tumeur cancéreuse et tuberculeuse du) par M. Raymond,	183
Cerveau (cancer du)	233
<i>Chassaignac.</i> Dilatation des cavités droites du cœur,	43
<i>Id.</i> Fracture du crâne,	74
<i>Id.</i> Hernie graisseuse,	108
<i>Id.</i> Nécrose des fosses nasales,	109
<i>Id.</i> Cataracte noire,	208

Choléra sporadique (développement des follicules intestinaux dans un)	110
Cloquet (Ernest). Hydropisie enkystée de l'ovaire,	111
<i>Id.</i> Rapport sur une hypertrophie du cœur,	231
<i>Id.</i> Nécrose de la quatrième côte,	234
<i>Id.</i> Perforation de la cavité cotyloïde,	267
<i>Id.</i> Tumeur fibro-celluleuse sous-cutanée,	298
Cœur (dilatation des cavités droites du)	43
Cœur (hypertrophie générale du)	44
Cœur (hypertrophie du ventricule gauche)	44
Cœur (hypertrophie du ventricule gauche) par M. Blanchet,	225
Comin, Luxation spontanée de l'atlas,	235
<i>Id.</i> Phlébite chronique des membres inférieurs,	291
Contour. Tubercule du cervelet,	45
<i>Id.</i> Observation de croup,	74
<i>Id.</i> Tubercules du cervelet,	76
<i>Id.</i> Observation de croup,	108
<i>Id.</i> Nécrose tuberculeuse du frontal,	140
Corps thyroïde (ossification du)	11
Corps thyroïde (encéphaloïde du) par M. Gaubric,	128
Corps thyroïde (encéphaloïde du)	211
Costilhes. Gangrène des lèvres,	43
<i>Id.</i> Hernie graisseuse,	299
Croup,	74
Croup,	108
Cyclocéphale (Tête d'un chevreau)	138

D.

Debrou. Rapport sur une observ. de fongus du crâne,	154
Delineau. Syphilis constitutionnelle,	278
Demeaux. Tumeur de la main.	9
<i>Id.</i> Rapport sur une imperforation de l'anus,	146
<i>Id.</i> Anomalie des branches de l'aorte,	172
<i>Id.</i> Hernie inguinale et hernie crurale double,	172

<i>Demeaur.</i> Calculs développés entre le prépuce et le gland,	179
<i>Id.</i> Encéphaloïde du crâne et de la face,	210
<i>Id.</i> Anévrysme de l'aorte thoracique,	297
<i>Id.</i> Bourse synoviale en arrière du tendon du triceps,	298
<i>Id.</i> Éloge funèbre d'Andral neveu,	354
<i>Depaul.</i> Insertion de placenta sur le col,	42
<i>Id.</i> Fracture du crâne du fœtus dans une version	45
<i>Id.</i> Maladie particulière du placenta ,	73
<i>Id.</i> Insufflation pulmonaire,	108
<i>Id.</i> Altération de la veine ombilicale,	171
<i>Id.</i> Rupture de l'utérus,	206
<i>Id.</i> Pemphigus syphilitique,	235
<i>Depuisaye.</i> Abscès stercoral de la paroi abdominale,	77
<i>Dequevauviller.</i> Imperforation de l'anus,	141
Diabète ,	10
Diathèse cancéreuse, par M. Milcent ,	237
Duplicité de l'utérus et du vagin, par M. Barth,	46
<i>Durand-Fardel.</i> Rapport sur un abcès stercoral de la paroi abdominale,	85
<i>Id.</i> Rapport sur une syphilis constitutionnelle,	285
E.	
Écartement des sutures du crâne,	236
Emphysème produit par la perforation spontanée d'une caverne pulmonaire,	109
Encéphaloïde du fémur,	140
Encéphaloïdes (tumeurs) du crâne et de la face,	210
<i>Estevenet.</i> Fausse articulation du fémur,	210
<i>Id.</i> Lipôme de l'aisselle,	10
<i>Id.</i> Absence du corps d'un fémur,	173
Étranglement interne,	74
id.	209
F.	
<i>Fauraytiar.</i> Ossification du corps thyroïde,	11

<i>Id.</i> Fièvre typhoïde ,	208
Fausse articulation du fémur ,	210
Fistule hépato-pleuro-bronchique ,	161
Foie (kystes séreux du)	76
Foie (encéphaloïdes du)	267
Fongus du crâne par M. Belin ,	150
Fracture du crâne de fœtus pendant une version ,	45
Fracture du crâne.	74
Fracture intra-capsulaire du col du fémur	172
<i>Froment.</i> Description d'un pied-bot ,	211
Frontal (nécrose tuberculeuse du)	140

G.

<i>Gaubric.</i> Perforation du rectum ,	12
<i>Id.</i> Cal récent de l'humérus ,	43
<i>Id.</i> Encéphaloïde du corps thyroïde ,	128
<i>Id.</i> Tumeur fibreuse du col de l'utérus ,	138
<i>Id.</i> Fracture intra-capsulaire du col du fémur ,	172
<i>Id.</i> Rapport sur une luxation congéniale ,	202
<i>Id.</i> Étranglement interne ,	209
<i>Id.</i> Encéphaloïde du corps thyroïde	211
<i>Id.</i> Tumeur fibreuse de l'utérus ,	234
<i>Id.</i> Écartement des sutures du crâne ,	236
<i>Id.</i> Absès stercoral au périnée ,	299
<i>Giraldès.</i> Rapport sur une note relative à des nerfs trouvés sur le cervelet ,	98
<i>Gosselin.</i> Rapport sur un encéphaloïde du corps thy- roïde ,	134
<i>Id.</i> Recherches sur quelques cartilages diarthro- diaux et épiphysaires ,	246
<i>Id.</i> Rupture de l'artère splénique dans l'estomac ,	209
<i>Id.</i> Description d'un spina bifida ,	301
<i>Id.</i> Compte-rendu des travaux de l'année 1841 ,	329
<i>Guignard.</i> Hydropsie et kystes pileux de l'ovaire ,	308

H.

Hernie graisseuse ,	108
---------------------	-----

Hernie inguinale et hernie crurale double du même côté,	172
Hernie de l'S iliaque du colon,	208
Hernie graisseuse,	299
Hydropisie enkystée de l'ovaire développée en même temps qu'une monomanie avec hallucinations,	3
Hydropisie de l'ovaire par E. Cloquet,	111
Hydropisie et kystes pileux de l'ovaire par M. Guignard,	308

I.

Infiltration purulente de plusieurs os,	171
Insertion du placenta sur le col,	42
Insufflation pulmonaire,	108

J.

<i>Jamain.</i> Étranglement interne,	74
<i>Jousset.</i> Observation de purpura hæmorrhagica ,	319

K.

Kyste volumineux entre l'utérus et le rectum,	298
Kyste séro-sanguin, intra-arachnoïdien,	266
Kyste sanguin intra-arachnoïdien,	137
Kyste séreux remplaçant une partie du cerveau,	109
Kyste de la fosse iliaque renfermant des poils et des dents,	11
Kyste sanguin intra-arachnoïdien, coïncidant avec une tumeur sanguine extérieure au crâne par M. Poumeau,	60

L.

<i>Lacombe.</i> Diabète.	10
<i>Lambron.</i> Rapport sur une fistule hépato-bronchique,	161
<i>Id.</i> Tétanos,	173
<i>Id.</i> Observation de tétanos traumatique,	192
<i>Id.</i> Péricardite aiguë,	268
<i>Id.</i> Kyste volumineux entre l'utérus et le rectum,	298
Laryngite syphilitique ,	38
Laryngite striduleuse et hydronéphrose,	139
<i>Legendre.</i> Kyste séro-sanguin, intra-arachnoïdien ,	266
<i>Levieux.</i> Description d'une luxation congéniale du fémur,	198

Lèvres (gangrène de la commissure gauche des)	43
<i>Lhommeau</i> . Emphysème produit par la perforation d'une caverne,	109
Lipôme de l'aisselle,	10
Luxation congéniale du fémur par <i>M. Levieux</i> ,	198

M.

<i>Maisonneuve</i> . Cancer de l'utérus,	233
Maladie de Bright coïncidant avec une hémorrhagie cérébrale,	75
Mal de Pott par <i>M. Bailly</i> ,	269
<i>Mascarel</i> . Néphrite purulente,	11
<i>Maunoury</i> . Absès dans un ancien sac herniaire,	44
<i>Mazet</i> . Rétrécissement de l'œsophage,	170
<i>Milcent</i> . Diathèse cancéreuse,	237
<i>Id.</i> Absès du dos communiquant avec une ca- verne,	266
Moëlle (mélanose de la)	236

N.

Nécrose des fosses nasales,	109
Nécrose de la quatrième côte	234
Néphrite purulente,	11
Nerfs particuliers à la surface du cervelet par <i>M. Ben- nett</i> (d'Édimbourg)	89

O.

ÔEsophage (rétrécissement de l')	45
id. id.	170
<i>Ou'mont</i> . Opération césarienne suivie de tétanos,	25
<i>Id.</i> Rapport sur un anévrysme de l'aorte descen- dante,	101
Ovaire (tumeur fibro-squarreuse de l')	297

P.

Pemphigus syphilitique,	235
Perforation de la cavité cotyloïde,	267
Péricardite chronique,	74
Péricardite aiguë sèche,	107

Péricardite latente,	170
Péricardite aiguë,	268
Phlébite chronique des membres inférieurs par M. Comin,	291
Picard. Infiltration purulente des reins,	11
Piedagnet. Placenta hydatique,	267
Id. Rapport sur une observation de kyste sanguin intraarachnoïdien,	66
Pied-bot (description d'un) par M. Froment,	211
Placenta (maladie particulière du)	73
Placenta hydatique,	267
Poumeau. Observation de kyste sanguin intra-arachnoïdien coïncidant avec une tumeur sanguine extérieure au crâne,	60
Pigné. Tête d'un chevreau cyclocephale,	138
Id. Rapport sur une observation de calculs développés entre le prépuce et le gland,	182
Id. Bec-de-lièvre avec bifidité de l'incisive latérale	209
Id. Mélanose de la moëlle,	236
Id. Encéphaloïdes du foie,	267
Id. Tumeur fibro-squarreuse de l'ovaire,	297
Prolapsus de la muqueuse uréthrale,	171
Purpura hemorrhagica par M. Jousset,	319
R.	
Raymond. Tumeur cancéreuse et tuberculeuse du cer-veau,	183
Id. Cancer du cerveau,	233
Recherches sur quelques cartilages diarthrodiaux et épiphysaires, par M. Gosselin,	246
Rectum (perforation du)	12
Reins (infiltration purulente à la suite d'une fièvre typhoïde)	11
Rein (abcès du) ouvert dans le poumon,	173
Rein (cancer du)	266
Renauldin. Anévrysme de l'aorte descendante	95

<i>Renauldin.</i> Développement des follicules intestinaux	
dans un choléra sporadique,	110
<i>Id.</i> Péricardite latente,	170
<i>Rendu.</i> Anomalie de l'artère brachiale,	44
<i>Id.</i> Vésicule ombilicale,	75
<i>Id.</i> Tumeur fongueuse du testicule,	109
<i>Roussel</i> Hydropisie enkystée de l'ovaire développée en	
même temps qu'une monomanie avec hallucinations,	15
<i>Id.</i> Hernie de l'S iliaque du colon,	208
Rupture de l'artère splénique dans l'estomac,	269
S.	
Spina bifida par M. Bodard,	257
<i>id.</i> par M. Gosselin,	301
Syphilis constitutionnelle par M. Delineau,	278
T.	
<i>Tardieu</i> (Ambroise). Rapport sur un cas de duplicité	
de l'utérus et du vagin,	56
<i>Id.</i> Maladie de Bright coïncidant avec une hé-	
morrhagie cérébrale,	75
<i>Id.</i> Cancer du rein,	266
<i>Id.</i> Rapportsur un purpura hæmorrhagica	325
<i>Tardieu</i> (Charles). Anévrysme faux consécutif d'une	
branche musculaire de la fémorale,	174
<i>Tavignot.</i> Absès ouvert dans le rachis,	12
<i>Id.</i> Carie de la colonne vertébrale,	43
<i>Id.</i> Kyste séreux remplaçant une partie du cer-	
veau,	109
<i>Id.</i> Encéphaloïde du fémur,	140
<i>Id.</i> Prolapsus de la muqueuse uréthrale,	171
<i>Id.</i> Infiltration purulente de plusieurs os,	171
<i>Id.</i> Tumeur sanguine sous le péricrâne,	207
<i>Tenain.</i> Ankylose du fémur,	216
Ténia entier,	210
Testicules dans l'abdomen,	265
Testicule (tumeur fongueuse du)	109

Tétanos à la suite d'une opération césarienne par M. Oulmont.	25
Tétanos,	173
Tétanos traumatique par M. Lambron,	192
Thivet. Kyste de la fosse iliaque renfermant des poils et des dents,	11
Tubercule du cervelet,	45
Tubercules du cervelet,	76
Tubercules du cervelet,	207
Tumeur de la main (ostéochondrophyte)	9
Tumeur fibreuse du col de l'utérus,	138
Tumeur sanguine sous le péricrâne,	207
Tumeur fibro-celluleuse sous-cutanée,	298

U-V.

Utérus (rupture de l')	206
Utérus (cancer de l')	233
Utérus (tumeur fibreuse de l')	234
Veine ombilicale (altération de la)	171
Vers lombrics sortis par une perforation de l'appendice cœcal,	169
Vésicule ombilicale,	75
Vessie (gangrène de la)	139
Vessie (encéphaloïde de paroi postérieure)	299
Voillemier. Calculs dans l'urèthre,	12

ERRATA.

- P. 163, ligne 4 au lieu de *globule*, lisez *lobe*.
Id. ligne 23 au lieu de *branches* lisez *bronches*.
P. 164, ligne 20 au lieu de *dix* lisez *deux*.
P. 165, ligne 2 au lieu de *caloiforme* lisez *caseiforme*.
P. 166, ligne 30 au lieu de *antérieur* lisez *inférieur*.
P. 167, ligne 1 au lieu de *différenciés* lisez *disséminés*.
Id. ligne 14 au lieu de *poussées* lisez *formées*.
P. 259, supprimez la première ligne.
N. à la page 41 le fait de perforation de l'aorte par M. Picard est le même qui se trouve inscrit dans les bulletins de 1840, page 586.



UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05941 6530



